

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA:
CONTRIBUIÇÕES AO ESTUDO
JURÍDICO E POLÍTICO**

José Isaac Pilati

**TESE APRESENTADA AO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
DOUTOR EM DIREITO**

Orientador: Prof. Dr. Cesar Luiz Pasold

FLORIANÓPOLIS

1995

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO**

**A T E S E VIGILÂNCIA SANITÁRIA: CONTRIBUIÇÕES
AO ESTUDO POLÍTICO E JURÍDICO**

elaborada por **JOSÉ ISAAC PILATI**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi julgada adequada para a
obtenção do título de DOUTOR EM DIREITO.

Florianópolis, 21 de dezembro de 1995.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Cesar Luiz Pasold - Presidente

Prof. Dr. Dalmo de Abreu Dallari - Membro

Profª Dra. Sueli Gandolfi Dallari - Membro

Profª Dra. Vera de Araújo Grillo - Membro

Prof. Dr. Manoel Américo de Barros Filho - Membro

Professor orientador:
Prof. Dr. Cesar Luiz Pasold

Coordenador do Curso:
Prof. Dr. José Alcebiades de Oliveira Júnior

Para Irlete.

Rachel, Luciana e Carolina Maria.

João e Cenira.

Paschoal e Eloá.

Maria de Lourdes e Jair.

Ao Professor Doutor Cesar Luiz Pasold,
Orientador e amigo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos colegas professores Nicolau Apóstolo Pítsica, Márcio Campos, Bernadete Pasold, Maria Marta Laus Pereira Oliveira e Nilson Borges Filho.

E aos bons amigos com os quais sempre pude contar: João Inácio, Gorete, João Alberto, Rosângela, Rosemere, Maria do Carmo, Miguel Arcângelo, Arlete, Conceição e Anilton.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	- Associação Brasileira de Normas Técnicas
AFLOV	- Associação Florianopolitana de Voluntários
AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
AMMOC	- Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense
AMMVI	- Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí
AMOSC	- Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina
AMREC	- Associação dos Municípios da Região Carbonífera
AMUNESC	- Associação dos Municípios do Nordeste de Santa Catarina
AMURES	- Associação dos Municípios da Região Serrana
APVP	- Anos Potenciais de Vida Perdidos
Art.	- artigo
atual.	- atualizada
aum.	- aumentada
cap.	- capítulo
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CS	- Centro de Saúde
CF	- Constituição Federal
CIMS	- Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	- Caderno de Municipalização da Saúde
CONASENS	- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	- Conselho Consultivo da Administração de Saúde da Previdência Social
CRS	- Caderno de Regionalização da Saúde
CSN	- Conselho Nacional de Saúde
CPGD	- Curso de Pós-Graduação em Direito
DATA PREV	- Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
datilogr.	- datilografado
Dec.	- decreto
DL	- Decreto-Lei
ed.	- edição
f.	- folha
FNS	- Fundo Nacional de Saúde
GRANFPOLIS	- Associação dos Municípios da Grande Florianópolis
i. é	- isto é
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
inc.	- inciso
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA	- Instituto de Planejamento Econômico Aplicado
loc. cit.	- local citado
INSS	- Instituto Nacional do Seguro Social
LACEN	- Laboratório Central de Saúde Pública
LOS	- Lei Orgânica da Saúde
LOSS	- Lei Orgânica da Seguridade Social
MF	- Ministério da Fazenda
MPAS	- Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	- Ministério da Saúde
MTb	- Ministério do Trabalho
n.	- número
nº	- número
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Panamericana da Saúde
p.	- página
p/	- por
PCCS	- plano de carreira cargos e salários
PEA	- População Economicamente Ativa
PES	- Plano Estadual de Saúde
PGR	- Procuradoria Geral da República
PES	- Plano Estadual de Saúde
p. ex.	- por exemplo
PIB	- Produto Interno Bruto
PMS	- Plano Municipal de Saúde
PREV-SAÚDE	- Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social
rec.	- reclamação
rev.	- revista
SAS	- Secretaria de Assistência à Saúde
SEPLAN	- Secretaria de Planejamento
SM	- Salário Mínimo
SRF	- Secretaria da Receita Federal
PT	- Portaria
s.d.	- sem data
ss.	- seguintes
SUS	- Sistema Único de Saúde
Trad.	- Tradução
UCA	- Unidade de Cobertura Ambulatorial
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UnB	- Universidade de Brasília
v.	- vide, ver
v.g.	- verbi gratiae

RESUMO

Ante os problemas que se apresentam na fase de implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, aborda-se um segmento específico, a Vigilância Sanitária, sob os aspectos jurídico, dogmático, histórico e político.

Posiciona-se, objetivamente, o subsistema da Vigilância Sanitária, como atividade de coerção, perante o conceito de Estado - evolução e tipologia - centrando atenção no Estado Contemporâneo, na questão social e na crise de legitimidade que o afeta, assim como no Estado Brasileiro e na sua formação.

Como introdução ao estudo descritivo da Vigilância Sanitária, realiza-se uma retrospectiva histórica da Saúde Pública, com ênfase no seu aspecto jurídico legal e um levantamento sobre o próprio instituto (como Poder de Polícia) no contexto do Direito Público, sob o prisma predominantemente dogmático.

Com base nisto, procura-se flagrar e estabelecer as principais diferenças entre o sistema de Vigilância Sanitária anterior ao SUS e o novo Modelo da Lei Orgânica da Saúde, suas implicações e conseqüências no plano jurídico-administrativo.

A análise da fase de transição é realizada mediante um objetivo estudo de caso, mais precisamente, a Municipalização da Vigilância Sanitária em Florianópolis, Capital do Estado de Santa Catarina.

Discutem-se, enfim, os pontos considerados mais importantes, como a questão do Estado Contemporâneo e sua transformação, a Reforma Sanitária e suas perspectivas, a Descentralização, a Municipalização e a Participação da Comunidade no novo Modelo de Vigilância Sanitária que se quer ver implantado num Brasil mais democrático e justo.

Conclui-se apontando os pontos críticos da implantação da nova Vigilância Sanitária, e oferecendo um rol de sugestões para a definição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

RÉSUMÉ

Différents problèmes se présentent à la phase d'implantation du Système Unique de Santé - SUS, dont on traite ici un ressort spécifique, soit la Vigilance Sanitaire sous ses aspects juridique, dogmatique, historique et politique.

Le sous-système de la Vigilance Sanitaire est objectivement placé comme une activité de contrainte devant le concept d'État - évolution et typologie - et l'attention est dirigée prioritairement à l'État Contemporain, à la question sociale et à la crise de légitimité qui le frappe, aussi bien qu'à l'État Brésilien et à la formation de celui-ci.

Un panorama historique de la Santé Publique est peint à titre d'introduction à l'étude descriptive de la Vigilance Sanitaire, surtout sous l'aspect juridique légal, ensuite on présente une enquête sur l'institut lui-même (en tant que Pouvoir de Police) dans le domaine du Droit Public. Le panorama aussi bien que l'enquête ont été réalisés sous l'angle dogmatique.

A partir de ces données, on essaie de relever et de définir les principales différences entre le système de Vigilance Sanitaire antérieur au SUS et le nouveau Modèle de la Loi Organique de la Santé, les implications et les conséquences de celle-ci sur le plan juridique et administratif.

L'analyse de la période de transition se fait à partir d'une étude objective de cas, plus précisément, celui de la "Municipalização" (l'appartenance à la municipalité) de la Vigilance Sanitaire à Florianópolis, la Capitale de l'État de Santa Catarina.

Les aspects considérés comme les plus importants sont enfin discutés, tels que la question de l'État Contemporain et ses changements, la Réforme Sanitaire et ses perspectives, la Décentralisation, la "Municipalização" et la Participation de la Communauté au nouveau Modèle de Vigilance Sanitaire que l'on espère voir implanté dans un Brésil plus démocratique et plus juste.

A guise de conclusion, d'abord on désigne les points considérés comme critiques dans l'implantation de la nouvelle Vigilance Sanitaire et ensuite on offre une liste de suggestions en vue de la définition du Système National de Vigilance Sanitaire.

ABSTRACT

Considering the problems faced during the implementation of the *Sistema Único de Saúde-SUS* (Sole System of Health), a specific segment is focused on, namely Sanitary Surveillance, under the juridical, dogmatic, historical and political aspects.

The Sanitary Surveillance sub-system is objectively situated, as an activity of coercion, before the concept of State - evolution an typology - with emphasis on the Contemporary State, on social issues, and on the crisis of legitimacy which affects it, as well as on the Brazilian State and its development.

As an introduction to the descriptive study of Sanitary Surveillance, an historical survey of Public Health is presented, highlighting its legal and juridical side. A research on Sanitary Surveillance itself (as Police Power) within Public law is also done. Both studies were undertaken mainly under a dogmatic point-of-view.

Based upon that, an attempt is made to detect and establish the main differences between the system of Sanitary Surveillance previous to SUS and the new Model of Health Organic Law, the implications and consequences of the latter upon the administrative-juridical sphere.

The analysis of the transition stage is made through an objective case study, more precisely the Municipalization of Sanitary Surveillance in Florianópolis, capital of Santa Catarina state.

Finally, the issues assumed to be the most important are discussed, such as the Contemporary State and its transformation, the Sanitary Reform an its perspectives, Decentralization, Municipalization, an the Participation of the Community in the New Model of Sanitary Surveillance which is aimed at in a more democratic and righteous Brazil.

As a conclusion, the critical items in the implementation of the new Sanitary Surveillance are pointed out, and a list of suggestions concerning the definition of the National System of Sanitary Surveillance is proposed.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1. PERCEPÇÃO OBJETIVA DO ESTADO	7
1.1 - Um conceito de Estado	10
1.2 - Os Estados frente à questão da universalidade	22
1.3 - A construção do Estado Brasileiro	33
1.4 - O Estado Contemporâneo	39
1.5 - Sociedade Civil e democracia	43
2. SAÚDE PÚBLICA E VIGILÂNCIA SANITÁRIA: PANORAMAS HISTÓRICO E DOGMÁTICO	52
2.1 - Resenha dos principais episódios jurídico-legais da Saúde Pública no Brasil	54
2.2 - Panorama dogmático: a Vigilância Sanitária em destaque	77
3. A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NOS MODELOS ANTERIOR E POSTERIOR À INSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	98
3.1 - A Vigilância Sanitária no modelo anterior ao Sistema Único de Saúde	98
3.2 - O Modelo do Sistema Único de Saúde	110
3.3 - Em síntese	140
4. PERSPECTIVAS DA MUNICIPALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOB O ÂNGULO JURÍDICO: ESTUDO DE CASO	144
4.1 - O Estado de Santa Catarina: rápido diagnóstico	145
4.2 - O plano de municipalização da Saúde de Santa Catarina	147
4.3 - O Município de Florianópolis e a municipalização	161
4.4 - O código sanitário do Município de Florianópolis	177
5. VIGILÂNCIA SANITÁRIA, ESTADO, SUS, DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE: DISCUSSÃO	193
5.1 - Vigilância Sanitária	193
5.2 - A questão do Estado	202
5.3 - A questão da Reforma Sanitária	207
5.4 - A questão da descentralização	211
5.5 - A questão da Participação da Comunidade	224
CONCLUSÃO	240
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	254

INTRODUÇÃO

Existe uma faceta da ordem jurídica cuja tutela não é da alçada civil ou criminal e sim do Direito Administrativo. É um espaço normativo que atua na esfera dos **perigos** aos interesses gerais, procurando prevenir a ocorrência de danos ou a sua ampliação, contra a coletividade.

Não se trata de serviços públicos, propriamente ditos, no sentido de comodidade e utilidade do cidadão, mas de ações de coerção ou Poder de Polícia, exercidas contra a liberdade e a propriedade individuais, na forma prevista em lei e mediante a observância do devido processo legal.

São atividades exercidas por setores especializados da Administração Pública, de acordo com a natureza e origem dos **perigos** a serem evitados.

Na área da Saúde Pública, essa atividade de polícia administrativa é designada pela expressão **Vigilância Sanitária**, e importa num subsistema, de estrutura própria e autônoma, integrante da rede básica de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Assim, se a Saúde Pública se destina, com "saberes" e práticas, a prevenir enfermidades, prolongar a vida e promover a saúde, seja saneando o

ambiente, controlando as doenças transmissíveis e educando os indivíduos, seja organizando os serviços de diagnóstico e tratamento ou desenvolvendo os mecanismos sociais adequados a um nível de vida satisfatório, a Vigilância Sanitária cumpre o papel complementar de proibir e reprimir quaisquer ações ou omissões que ameacem ou coloquem em perigo tais objetivos.

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde - SUS, e posteriormente, com a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90, a Vigilância Sanitária sofreu uma mudança radical.

De um modelo burocratizado, à feição de um Federalismo centralizado na União e com exclusão da esfera municipal, a nova ordem jurídica, numa perspectiva democrática, estabeleceu um modelo descentralizado, a ser executado pelos Municípios e com Participação da Comunidade.

Ora, a fase de transição que se desencadeou, então, na linha da Municipalização e da Democratização das ações de Vigilância Sanitária é um capítulo dos mais apaixonantes, e que estimula os pesquisadores num contexto de verdadeiro desafio: trata-se de um campo privilegiado de um processo mais amplo, que é a construção de uma nova Sociedade e de um novo Estado, e em consequência, de modificações profundas no Direito Administrativo vigente.

Este é, portanto, o **objeto** da presente Tese: uma contribuição ao estudo político e jurídico da Vigilância Sanitária, no seu novo contexto e na sua atual conjuntura. Vale dizer, uma tentativa de focar a transição e suas dificuldades, o futuro e suas perspectivas, a mudança e seus pontos críticos.

Para atendê-lo, são fixados os seguintes **objetivos básicos**:

1º - considerando que a Vigilância Sanitária é, basicamente, atividade estatal, realizar um estudo objetivo, conceituando e historiando os principais tipos de Estado, inclusive o Estado Brasileiro e sua formação, para poder propor a questão do Estado, nos dias atuais, frente à crise de legitimidade e as novas alternativas da Democracia;

2º - considerando que a Vigilância Sanitária é uma atividade que constitui um subsistema da Saúde Pública, procurar caracterizá-la e defini-la através de uma resenha histórica daquela e de uma síntese jurídico-dogmática deste último, para obter os elementos indispensáveis à identificação do rumo evolutivo, dos princípios norteadores e da sistematização jurídica que está em pauta no processo de mudança;

3º - considerando que a atual fase de transição da Vigilância Sanitária implica na coexistência mais ou menos longa entre o sistema proposto e o sistema que se pretende substituir, elaborar uma descrição de cada um dos modelos, o anterior e o do SUS, incluindo o exame do conteúdo dos Códigos Sanitários e da própria Lei Orgânica da Saúde;

4º - considerando que o processo de implantação da nova Vigilância Sanitária do SUS já está em marcha, estudar uma experiência concreta de Municipalização, para tentar identificar o seu estágio de desenvolvimento, os pontos positivos e as dificuldades existentes;

5º - considerando os objetivos anteriores, enfim, consolidar o conceito de Vigilância Sanitária e discutir, em face dele, as questões do Estado, do SUS como proposta e processo, da Descentralização/Municipalização e da Participação da Comunidade;

6º - concluindo, e com o objetivo, também, de obter o título de Doutor em Direito, deixar expresso o resultado dos estudos e reflexões, juntamente com as propostas que se entende pertinentes à implantação definitiva do novo modelo do SUS, em moldes de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, além de buscar a apresentação de alguns tópicos de estímulo ao prosseguimento das pesquisas.

O método operacionalizado é o indutivo, com a técnica de pesquisa bibliográfica. Parte-se dos textos oficiais - Leis, Decretos, Convênios, Planos de Governo, Conferências, Congressos -, e com base nos aportes teóricos de

autores consultados, chega-se ao plano geral em que se procura oferecer reflexões e contribuições à construção da nova Vigilância Sanitária, debate realizado já, em primeira mão, com o Orientador da Tese e suas revisões.

Em que pesem a importância do assunto e sua vasta temática, cumpre destacar que a opção, na pesquisa, é o enfoque da Vigilância Sanitária e não o aprofundamento do estudo da Saúde Pública, ou do Sistema Único de Saúde, cuja abrangência é muito maior. No específico, ademais, o trabalho restringe-se, conforme já mencionado, ao plano jurídico-político e ao exame de documentos oficiais, com a bibliografia pertinente aos objetivos traçados, não cogitando da comprovação empírica da realidade investigada.

O trabalho, por outro lado, inclui apenas os textos legais mais importantes, de interesse da Vigilância Sanitária, a partir da década de 50; e o período posterior ao SUS, da mesma forma, abrange os textos que surgiram após a Constituição de 1988, especialmente a Lei 8.080/90, no plano Nacional, e até 1994, no que tange ao Município escolhido para o objetivo Estudo de Caso (Florianópolis).

Destaca-se, também, para ressaltar a importância da pesquisa, que a bibliografia específica sobre Vigilância Sanitária no SUS é, praticamente, inexistente, conforme se pode verificar no desenvolvimento da presente Tese.

As expressões e termos estratégicos ao presente trabalho, com seus conceitos operacionais, são apresentados e definidos no decorrer da exposição, objeto que são, a maioria deles, dos próprios textos legais examinados.

Em relação às referências bibliográficas, utiliza-se o sistema consagrado na área da pesquisa jurídica e no CPGD/UFSC, qual seja, aquele disciplinado pela ABNT.

O plano de trabalho da Tese é desenvolvido em cinco capítulos.

O primeiro deles é uma tentativa de percepção objetiva do Estado, a partir de uma resenha histórica de tipos de Estados e notas características,

fixando o seu conceito e as questões que envolvem a experiência estatal contemporânea: o problema social, a crise de legitimidade, os conflitos da Sociedade Civil e as perspectivas da Democracia. Aborda-se, também, a formação do Estado Brasileiro, seu legado e sua transformação.

O capítulo segundo é um panorama da Vigilância Sanitária, sob o prisma da história da Saúde Pública e da dogmática jurídica do direito público. Com isto se procura situar e estabelecer a linha de evolução, por um lado, e por outro, a realidade jurídica do instituto no direito positivo.

No capítulo terceiro realizam-se a descrição e a confrontação dos dois modelos de Vigilância Sanitária: aquele que existia antes do SUS e aquele que é proposto pelo novo Sistema. Examina-se o conteúdo de um Código Sanitário, em termos doutrinários e à base de estudo de caso, e em seguida, analisa-se a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90) artigo por artigo, assim como as implicações de um novo Federalismo, que ela reflete, a partir da Constituição de 1988.

O quarto capítulo é dedicado a um estudo de caso, a Municipalização da Vigilância Sanitária em Florianópolis. Realiza-se um levantamento dos principais documentos, legais e oficiais, do Estado e do Município, que nortearam o processo, e analisam-se, no detalhamento necessário, a nova Lei Municipal de Saúde e Vigilância Sanitária de Florianópolis e suas principais inovações (em relação à legislação estadual). O capítulo é elaborado à feição de um diagnóstico da realidade alvo, extraído dos documentos oficiais consultados, na tentativa de deixar registrado o perfil mínimo da nova Vigilância Sanitária que se preconiza.

O quinto e último capítulo é dedicado a uma discussão das questões reputadas mais importantes ao longo do trabalho: a crise do Estado, o problema do SUS e do chamado movimento da Reforma Sanitária, as dificuldades que envolvem a Descentralização/Municipalização e as

perspectivas da Democracia com a Participação da Comunidade, frente a obstáculos como o próprio pessoal de Estado, o Judiciário e a falta de tradição do povo brasileiro nos movimentos populares.

Encerra-se com um consolidado das principais idéias e reflexões da Tese e um elenco de sugestões, com o que se espera contribuir, de alguma forma, para o melhor sucesso da tarefa de construir: uma nova Vigilância Sanitária, na linha principiológica do SUS; uma nova Sociedade, mais justa e igual, nos termos da Constituição; e um novo Estado, mais democrático e cada vez menos autoritário, no Brasil.

1. PERCEPÇÃO OBJETIVA DO ESTADO

A Vigilância Sanitária é antes de tudo atividade estatal. E o Estado, como poder político, é a possibilidade de recorrer à força, à coação física, e com exclusividade, no contexto social.

Neste sentido, diz BOBBIO¹, tornou-se quase lugar-comum a definição de Max Weber do Estado como uma empresa institucional de caráter político, em que o aparelho administrativo exerce a pretensão do monopólio da violência legítima, "com vistas ao cumprimento das leis".

Destarte, não se pode falar de um aparelho administrativo específico, como a Vigilância Sanitária, sem uma prévia definição ou compreensão da categoria mais ampla, que é o fenômeno estatal.

Ente complexo, variável por sua forma e por sua própria natureza, o Estado pode ser abordado sob diversos pontos de vista, havendo "tantos pontos de partida quantos forem os ângulos de preferência dos observadores"².

¹BOBBIO, Norberto. Política. In: BOBBIO, Norberto et al. *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 1986. p. 956.

²DALLARI, Dalmo de Abreu. *Elementos de teoria geral do estado*. São Paulo: Saraiva, 1995, p. 98.

Percebe-se, pois, a dificuldade da tarefa de conceituação do Estado.

JOHN HALL³, professor emérito de sociologia da Universidade de Southampton, entende que os Estados devem ser considerados em seus contextos históricos. NICOS POULANTZAS⁴ admite que o papel do Estado se modifica no decorrer dos diversos modos de produção, e segundo os estágios e fases do próprio capitalismo⁵; mas nega a possibilidade de existência de uma teoria geral do Estado.

Pelo menos uma teoria geral do Estado entendida, esclarece Poulantzas, como um corpo teórico que explique os tipos de Estado nos diversos modos de produção "como expressões singulares de um **mesmo objeto teórico**"; e que seja capaz de expor as leis de transformação desse objeto, isto é, "a passagem-transição de um Estado a outro"⁶.

Uma tal teoria não seria viável. Por que? Porque no seu modo de ver, isto só seria possível se o Estado constituísse uma essência autônoma, que contivesse em si mesma as leis de sua própria reprodução histórica.

O que é perfeitamente legítimo, complementa POULANTZAS, é uma *teoria do Estado capitalista*, pois que este sim constitui um objeto e um conceito específicos, "possibilitados pela separação do Estado da economia sob o capitalismo"⁷.

3 Hall, John A. Introdução. In: HALL, John A. (Org.). *Os estados na história*. Trad. de Paulo Vaz et al. Rio de Janeiro: Imago, 1992. p. 7-35.

4POULANTZAS, Nicos. *O estado, o poder, o socialismo*. Trad. de Rita Lima. Rio de Janeiro: Graal, 1981, p. 17 e ss.

5Op. cit., p. 21. Todavia, adverte, Estado e Economia não se constituem de substância e elementos diferenciais e invariantes: "um modo de produção não é o produto de uma combinação entre diversas instâncias em que cada uma possuiria previamente, ao se relacionar, uma estrutura intangível". E continua: "É o modo de produção, unidade de conjunto de determinações econômicas, políticas e ideológicas, que delimita as fronteiras desses espaços, delinea seus campos, define seus respectivos elementos: é *primeiramente* seu relacionamento e articulação que os forma. Isto se faz em cada modo de produção segundo o papel determinante das relações de produção. Esta determinação, porém, só existe no interior da unidade de um modo de produção". Idem. Grifo do texto citado.

6POULANTZAS, N., op. cit. p. 24. Grifos acrescentados.

7Idem, p. 29. Essa teoria só terá caráter científico, insiste, se conseguir explicar a reprodução e as transformações históricas de seu objeto nos lugares em que essas transformações estão ocorrendo, nas diversas formações sociais, lugares da luta de classes. Mesmo assim, se conseguir explicar as formas de Estado segundo os estágios e fases do capitalismo (Estado liberal, Estado intervencionista), a distinção entre essas formas e as formas de Estado de exceção (fascismos, ditaduras militares, bonapartismos), em

De outro lado, o professor inglês MICHAEL MANN⁸ acusa de falsas as teorias "mais gerais" do Estado, entre as quais estaria, exatamente, a tradição marxista, de que Poulantzas é, modernamente, um dos principais representantes. Imputa-lhe um caráter reducionista na concepção do Estado, por recusar, do ponto de vista de Mann, "um poder autônomo significativo para o Estado"⁹. Tanto, acrescenta, que a autocritica dos "marxistas mais recentes", entre eles Poulantzas, emprega o termo "autonomia relativa" do Estado.

A crítica de Mann é endossada por HALL¹⁰: "A concepção do Estado habitualmente presente em escritores como Poulantzas é passiva. Talvez um aparato conceitual centrado na sociedade torne isto inevitável".

Não se tem a intenção de aprofundar aqui esta discussão. O que se pretende é extrair daí e deixar em suspenso uma importante questão: uma atividade administrativa de cunho policial como é a Vigilância Sanitária, possuiria uma racionalidade própria, imanente e autônoma, que possa ser invocada em qualquer Sociedade, em qualquer tempo?

Lançada deste ângulo, a questão parece banal; mas pode colocar em cheque uma certa concepção de Estado, como entidade abstrata e transcendente, vale dizer, a-histórica. Por outras palavras, a participação popular em Vigilância Sanitária é compatível com a burocracia estatal? O Estado estaria, na hipótese da participação comunitária numa atividade repressiva por natureza, renunciando ou abdicando, simplesmente, de uma função que é "imanentemente" sua?

Na verdade, para abordar a atividade estatal de polícia administrativa sanitária, com essas preocupações, e em se tratando do Estado brasileiro, faz-

suma, formas de regime em países concretos. "A teoria do Estado capitalista não pode ser separada da história de sua constituição e de sua reprodução".

⁸MANN, Michel. O poder autônomo do Estado: suas origens, mecanismos e resultados. In: HALL, J.A. (Org.). *Os estados na história*. Trad. de Paulo Vaz et al. Rio de Janeiro: Imago, 1992, p. 164.

⁹Ibidem.

¹⁰Op. cit., p. 15.

se necessário, previamente, uma conceituação de Estado e uma recapitulação histórica adequada dos principais tipos de Estados que se conhecem. Começa-se pelo conceito.

1.1 - Um conceito de Estado

A análise do Estado revela duas orientações fundamentais na sua conceituação, conforme alerta DALMO DE ABREU DALLARI, em seus "Elementos de Teoria Geral do Estado":¹¹ a) ou se dá ênfase maior a um elemento concreto ligado à noção de força (o elemento político); ou b) se realça a natureza jurídica, "tomando-se como ponto de partida a noção de ordem".

Entre os autores que se perfilham com a primeira alternativa (como Duguit, Heller, Burdeau, Gurvich) não está ausente a preocupação com o enquadramento jurídico; a ênfase, entretanto, é colocada na noção de Estado "como força que se põe a si própria"¹². A outra corrente, por sua vez, não ignora a presença da força no Estado, mas dá primazia ao elemento jurídico (encontrando-se aí a quase totalidade dos autores italianos, Ranelletti, Del Vecchio, mas também Jellinek, Gerber e Hans Kelsen).

DALLARI prefere acentuar o componente jurídico do Estado, e procurando não perder de vista os fatores não-jurídicos, emite o seguinte conceito: o Estado é uma "*ordem jurídica soberana que tem por fim o bem comum de um povo situado em determinado território*"¹³.

Vale dizer: a noção de poder, na acepção política e jurídica, está implícita na de soberania, referida como característica da própria ordem jurídica: o Estado é *uma ordem jurídica soberana*. Uma noção de politicidade

¹¹Op. cit., p. 99.

¹²Idem, loc. cit.

¹³Op. cit., p. 101.

é afirmada na referência expressa ao bem comum, vinculado a um certo povo: o Estado *tem por fim o bem comum de um povo*. E a territorialidade, finalmente, é elencada como referência limitadora da ação jurídica e política do Estado: *um certo povo situado em determinado território*.

Esse conceito, em sua feição sintética, pressupõe, é bem verdade, algumas noções prévias, que o seu autor toma o cuidado de fornecer antes de enunciá-lo. Soberania, por exemplo, é um conceito que demanda uma ampla revisão histórica, sem falar nos demais elementos ou "notas características" que identificam o Estado Moderno.

Essas noções prévias não podem ser omitidas, mas o conceito autoriza, desde logo, a tirar a seguinte afirmação: o Bem Comum é finalidade do Estado e a sua extração é tarefa **política**. Se a Vigilância Sanitária é atividade estatal, acrescenta-se mais, constitui, por via de consequência, uma atividade com função social, ou seja, de construção política ...do bem comum.

Por outro lado, pode-se afirmar que a história política da humanidade é, propriamente, a história dos Estados. Por isso se abre, em seguida, um parêntesis para uma rápida recapitulação da cronologia dos Estados, com base, principalmente, no texto sintético e didático da obra de DALLARI, já citada.

1.1.1 - Resenha histórica do Estado

Os tipos estatais podem ser alinhados cronologicamente, apesar de não terem um curso uniforme ou contínuo na história da humanidade. Os autores, de um modo geral, elencam a seguinte seqüência: Estado Antigo, Estado Grego, Estado Medieval e Estado Moderno.

Estado Antigo

"Com a designação de *Estado Antigo Oriental* ou *Teocrático*", diz DALLARI¹⁴, "os autores se referem às formas de Estado mais recuadas no tempo, que apenas começavam a definir-se entre as antigas civilizações do Oriente propriamente dito ou do Mediterrâneo"¹⁵.

Nesse tipo de sociedade a família, a religião, o Estado, a organização econômica formavam um conjunto confuso; duas marcas fundamentais, entretanto, podem ser destacadas: a) a natureza unitária (não se verifica qualquer divisão interior, nem territorial, nem de funções); b) a religiosidade (tão marcante a ponto de ser um critério de qualificação, do próprio Estado Antigo, que é conhecido como Estado *Teocrático*: a autoridade dos governantes e as normas de comportamento afirmavam-se como expressões da vontade de um poder divino). O governante, em alguns casos, confundia-se com a divindade e em outros era limitado pela classe sacerdotal, em nome da divindade.

Em suma, "há uma convivência de dois poderes, um humano e um divino, variando a influência deste, segundo circunstâncias de tempo e lugar"¹⁶.

¹⁴Op. cit., p. 53.

¹⁵Não haveria relevância em discutir, para os fins que se pretendem, as experiências embrionárias de sociedade, seja a horda primitiva, a tribo (da comunidade do sangue) com seu chefe supremo, chefe guerreiro e que distribui justiça segundo o direito costumeiro. Nem a realidade das tribos nômades, sua estabilização com agricultura. Nem mesmo as cidades primitivas não caracterizadas pelos traços distintivos do Estado Antigo a que se refere autor em estudo. V. MOSCA, Gaetano, BOUTHOU, Gaston. *História das doutrinas políticas*: desde a antiguidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1980, p. 11 e ss.

¹⁶DALLARI, D. de A., op. cit., p. 53-4, com apoio em Jellinek.

Estado Grego

O que se entende por Estado Grego é um elenco de características comuns das diversas cidades helênicas, reunidas em torno da *pólis*, a Cidade-Estado.

Foi uma sociedade política cujo ideal era a auto-suficiência, a autarquia, caráter este que foi sempre preservado, mesmo quando os Estados efetuaram conquistas e dominaram outros povos, pois que não buscaram expansão territorial e não procuraram integração de vencedores e vencidos "numa ordem comum"¹⁷.

O indivíduo tem uma posição peculiar no Estado Grego. No plano político, domina uma elite, com intensa participação nas decisões do Estado e assuntos de caráter público; mas no plano privado a autonomia individual é bastante restrita. Por outro lado, se o governo é tido como democrático, é apenas uma faixa restrita que detém os direitos políticos, "pois a ampliação excessiva tornaria inviável a manutenção do controle por um pequeno número"¹⁸.

Segundo MOSCA¹⁹, no século IX antes de Cristo, época em que viveu Homero, as instituições políticas da Grécia eram, em geral, uma monarquia patriarcal: um rei e um Conselho de Anciãos; nos casos graves convocava-se a assembléia de todos os cidadãos; mas além destes, há uma classe de homens livres, que habitam a cidade e são considerados hóspedes, sem direitos políticos; e os escravos (cujo trabalho liberava os cidadãos para se dedicarem às coisas da *pólis*). O rei comanda o exército em tempo de guerra e distribui a justiça em tempo de paz, assistido pelos anciãos, e oferece sacrifícios aos deuses em nome da Cidade.

¹⁷ DALLARI, op. cit., p. 54.

¹⁸ Idem.

¹⁹ MOSCA, G. et al. Op. cit., p. 33-5.

Em fins do século VI a.C., a constituição de Sólon sancionava situação bem diversa. A monarquia fora abolida; o órgão principal do governo não era o Conselho de Anciãos, mas a assembléia de todos os cidadãos, que aprovava as leis, nomeava para as funções públicas (levando em consideração a competência, a reputação e os serviços prestados à *pólis*), declarava guerra e ratificava tratados. Todos os residentes receberam o direito de cidade, com a diferença entre os cidadãos sendo baseada na fortuna, e não mais no nascimento. As magistraturas tornaram-se de exercício temporário, por um ano, sendo comum a nomeação de mais de uma pessoa para o mesmo cargo ao mesmo tempo. Quem ocupava cargo público tinha o dever de prestar contas durante ou após o exercício. As leis, assim, não apresentavam caráter imutável, ou divino, "mas emanavam da vontade dos cidadãos a que deveriam ser aplicadas"²⁰.

Duas considerações são importantes. A primeira de MOSCA²¹, de que "ao Estado-Cidade helênico faltaram dois grandes elementos de estabilidade que encontramos nos Estados modernos: a burocracia e o exército permanente".

E a segunda, de BURKE²², afirmando que as Cidades-Estados italianas foram centros de produção e as Cidades gregas, centros de consumo; que a Cidade Medieval viveu cercada (ou ameaçada) por príncipes, lordes e bispos, não era auto-suficiente economicamente (controlava um *contado*, que lhe

²⁰Idem, p. 36. Destaca MOSCA, foi a partir do século VII a.C. que se produziram alterações profundas nas cidades gregas, em virtude de terem substituído os fenícios no comércio do Mediterrâneo oriental. Com o desenvolvimento do comércio, a colonização helênica ampliou-se, a população cresceu, intensificou-se a agricultura e alteraram-se as fortunas. Inúmeras famílias da antiga classe dos cidadãos empobreceram, ao passo que os descendentes de estrangeiros domiciliados na Cidade, enriqueceram. Todavia, a categoria dos cidadãos reduzidos à pobreza era muito mais numerosa, mas continuava com os direitos políticos; ao passo que os ricos, em menor número, excluídos dos direitos políticos, passaram a aspirar à cidadania e pressionar a fim de poder participar da elaboração das leis e da eleição dos cidadãos que deveriam aplicá-las. Após violentas querelas intestinas, os antigos e novos cidadãos chegaram a um pacto, "em virtude do qual nasceu a constituição clássica da cidade helênica"(p. 34-35).

²¹Op. cit., p. 37.

²²BURKE, Peter. As cidades-estados. In: HALL, J.A. (Org.). *Os estados na história*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1992, p. 205-228.

fornecia gêneros agrícolas), tinha acumulação de capital privado que financiava exércitos mercenários; ao passo que a *pólis* era auto-suficiente, não mandava na zona rural, e tinha o exército formado exclusivamente por cidadãos. O exército grego era o próprio povo, armado.

Estado Romano

Começou como um pequeno agrupamento humano, experimentou várias formas de governo, conquistou os povos, expandiu seus domínios e chegou à aspiração de constituir um império mundial²³.

Sempre manteve as características básicas, mas o domínio sobre uma grande extensão territorial e a influência do cristianismo "iriam determinar a superação da Cidade-Estado, promovendo o advento de novas formas de sociedade política, englobada no conceito de Estado Medieval"²⁴.

Uma das peculiaridades importantes do Estado Romano é a base familiar da sua organização, erigida em torno dos privilégios da classe patrícia. Como no Estado Grego, o povo participava diretamente do governo, mas a noção de *povo* era muito restrita. As magistraturas principais foram reservadas, durante muito tempo, às famílias patrícias.

Gradativamente, à custa de lutas e conflitos, outras camadas sociais foram ampliando os seus direitos, e com isto, transformando a Sociedade e o próprio Estado. A base familiar foi enfraquecendo, a ascendência da nobreza tradicional também, até que, nos últimos tempos, Roma pretendeu realizar a integração jurídica dos povos conquistados (naturalizados pelo edito de Caracala, do ano 212).

²³DALLARI, D. de A. Op. cit., p. 54-56 alerta para o risco do artificialismo ao se falar num *Estado Romano*, caracterizado e uniforme, quando se leva em conta a sua duração (754 a.C a 565 d.C.) e todas as transformações por que passou.

²⁴Idem, p. 55.

Esta idéia de império, sob um "sólido núcleo de poder político", atravessaria, como uma das marcas, o mundo Medieval, alimentado pela aspiração de universalidade do cristianismo. Aliás, o edito de Milão, de 313, através do qual o Imperador Constantino assegurou a liberdade religiosa no Império, fez desaparecer, formalmente, a noção de superioridade dos romanos, que fora a base da unidade do Estado Romano.

Estado Medieval

A Idade Média foi sem dúvida um período dos mais difíceis, instáveis e heterogêneos, às custas do qual se prepararam os instrumentos e se abriram os caminhos "para que o mundo atingisse a verdadeira noção do *universal*"²⁵.

Caracterizada por intenso fracionamento do poder e uma nebulosa noção de autoridade, conviveu com uma permanente aspiração à unidade, sob um poder eficaz como fora o de Roma, livre das influências tradicionais e que aceitasse o indivíduo como um valor em si mesmo.

A heterogeneidade, porém, foi positiva no sentido de que as novas sociedades políticas, configuradas e munidas de princípios informativos oriundos de novos fatores, quebraram a rígida e bem definida organização romana, culminando por revelar possibilidades e aspirações completamente inéditas... formadoras do Estado Moderno.

Os principais elementos que se fizeram presentes, e que conjugados caracterizaram o Estado Medieval, destaca DALLARI²⁶, foram o cristianismo, as invasões dos bárbaros e o feudalismo²⁷.

²⁵Idem, p. 56.

²⁶Op. cit., p. 56-59.

²⁷TIGAR, Michael E. LEVY, Madeleine R. *O direito e a ascensão do capitalismo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 47. lembram que coube a São Tomás de Aquino (1225-1274) a tarefa de resolver o dilema entre os mundos do direito (romano) e da moral cristã (da época): "argumentou ele (São Tomás) que o direito romano, como os trabalhos de Aristóteles e outras obras pré-cristãs, baseava-se na razão, sendo por conseguinte independente da crença religiosa". A fé e a razão não se chocam nem se absorvem: permanecem íntegras em suas esferas, possibilitando a coexistência da Filosofia e da Teologia, que só

A conjugação desses fatores define o Estado Medieval, "mais como aspiração do que realidade"²⁸, pois que um poder superior, do Imperador, não consegue se afirmar em face de uma infinita pluralidade de poderes menores, sem hierarquia definida. A consequência era uma permanente instabilidade política, econômica e social, "gerando uma intensa necessidade de ordem e de autoridade, que seria o germe de criação do Estado Moderno"²⁹.

Estado Moderno

A aspiração à antiga unidade do Estado Romano cresceu com o número de proprietários de terras, grandes e pequenos. Por outro lado, os senhores feudais não toleravam os monarcas aventureiros, de tributos indiscriminados, que mantinham um estado de guerra permanente, completamente nefasto à vida econômica e social.

Os tratados de paz de Westfália, finalmente, documentaram a existência de um novo tipo de Estado, "com a característica básica de unidade territorial dotada de um poder soberano"³⁰. Era já o *Estado Moderno*, cujos contornos iriam tornar-se cada vez mais nítidos, com o passar do tempo e a importante contribuição dos teóricos. Ele se destaca por quatro notas características: *soberania, território, povo e finalidade*³¹.

entram em conflito quando a razão é usada incorretamente, ou seja, quando tenta, sem o auxílio da fé, compreender o mistério do dogma religioso (inacessível a interpretações racionalistas). Com isto, desatavam-se as amarras do desenvolvimento científico, e por via de consequência, abria-se o caminho para a separação entre a Igreja e o Estado.

28DALLARI, D. de A., op. cit. p. 59.

29Idem.

30Idem, p. 60.

31DALLARI. Op. cit., p. 60-97.

1.1.2 - Notas características do Estado Moderno

a) *Soberania*

Conceito afirmado desde o século XVI (Jean Bodin, 1576), a soberania é o poder supremo do Estado, de decidir em última instância sobre a atributividade das normas e a eficácia do Direito. Dotado de personalidade jurídica, o seu titular, o Estado, responde juridicamente por ela, tanto na sua face externa (sinônimo de independência e mútuo respeito dos Estados), quanto na dimensão interna (como expressão do poder jurídico mais alto).

Quais seriam as características da soberania? Ela é *una*, porque não admite a convivência de duas soberanias no mesmo Estado; é *indivisível*, porque se aplica à universalidade dos fatos ocorridos no Estado, não sendo admissível partes separadas da mesma soberania (a chamada divisão do poder é, na verdade, uma distribuição de funções); é *inalienável*, pois aquele que a detém desaparece se fica sem ela (seja o povo, a nação ou o Estado); é *imprescritível*, pois jamais seria verdadeiramente superior se tivesse prazo certo de duração.

b) *Território*

Até o Estado Moderno, os Estados não tinham necessidade de clara delimitação territorial. O próprio relacionamento da autoridade pública com os particulares não tornava imperativa tal definição.

Da Idade Média em diante isto se tornou importante e indispensável, através do desenvolvimento de duas noções: de soberania (que indicava o poder mais alto) e de *território*, que indicava onde esse poder seria efetivamente mais alto.

Com tal delimitação se pôde assegurar a eficácia do poder e a estabilidade da ordem, que são coisas impostas pelos próprios fatos³².

c) *Povo*

Não se confunde com população, mera expressão numérica, demográfica ou econômica; nem com nação, termo surgido no século XVIII, com a pretensão de significar o povo como unidade homogênea.

Povo é a palavra ligada ao papel político dos indivíduos na constituição e perpetuação do Estado. Na Grécia e Roma povo, neste sentido, incluía os indivíduos que tinham certos direitos. Na Idade Média, a noção foi ainda menos precisa; a extensão dos direitos a novas camadas sociais e a maior mobilidade da população, perturbaram os padrões tradicionais, até que começassem a se delinear os traços do Estado Moderno, **de vínculo jurídico entre a pessoa e o Estado**: seja como sujeito de direitos ou sujeito de deveres.

Todo indivíduo submetido ao Estado é, por isso mesmo, reconhecido como pessoa; e os que ao mesmo tempo participam de sua constituição, exercem funções como sujeitos, sendo, pois, titulares de direitos públicos subjetivos.

Rousseau complementa: os associados que compõem a Sociedade e o Estado recebem o nome de *povo*; cabe-lhes a designação particular de

³²CARBONNIER, Jean. *Sociologia jurídica*. Coimbra: Almedina, 1979, p. 210-211, chama atenção para o fato de que o território, como "porção de terra que é delimitada e marcada por uma afetação", cuja base instintiva se manifesta até na defesa do domicílio contra os intrusos, não deve ser uma concepção "estritamente material". Uma tribo cigana, completamente nômade, por exemplo, "constitui um espaço jurídico sem domínio territorial". O próprio pluralismo jurídico, "quando da sua aplicação a diversidades que não são geográficas (de classe, de idade, etc) supõe que diversos espaços jurídicos podem sobrepor-se num mesmo local, o que significa que nenhum dos sistemas em presença tem um território próprio - não terá, portanto, um território propriamente dito". Não se ignora isto, mas os ciganos ou Israel, jamais serão Estados, sem território.

cidadãos quando participam da autoridade soberana e *sujeitos* quando submetidos às leis do Estado.

Na verdade, depois de constituído o Estado, o povo continua a ser componente ativo dele; o povo é o elemento que dá condições ao Estado para formar e externar uma vontade.

Povo, portanto, é o conjunto dos cidadãos do Estado, e é o Estado, por sua vez, quem fixa as condições para a aquisição da cidadania (seja pelo simples nascimento, seja pelo cumprimento/atendimento de certos pressupostos).

d) *Finalidade e funções*

O Estado, conclui DALLARI, como sociedade política, tem um fim geral, constituindo-se em meio aos indivíduos e sociedades, para atingir seus fins particulares: o Bem Comum, na forma como o conceituou João XXIII na Encíclica *Pacem in Terris*; ou seja, "o conjunto de todas as condições de vida social que consintam e favoreçam o desenvolvimento integral da personalidade humana"³³. O Bem Comum de um certo povo em um determinado território, em função das peculiaridades desse povo.

Há autores, reconhece DALLARI, que pretendem eliminar da Teoria Geral do Estado a sua (do Estado) finalidade, por entendê-la como sendo questão política ou demasiado genérica.

De fato, BOBBIO³⁴, é enfático neste sentido: "Não nos iludam outras teorias tradicionais que atribuem à Política fins diversos do da ordem, como o bem comum (o mesmo Aristóteles e, depois dele, o aristotelismo medieval) ou a justiça (Platão): um conceito como o de bem comum, quando o quisermos desembaraçar da sua extrema generalidade, pela qual pode significar tudo ou

³³Op. cit., p. 91.

³⁴BOBBIO, Norberto. Política. In: BOBBIO, N. et al. *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 1986. p. 958

nada, e lhe quisermos atribuir um significado plausível, ele nada mais poderá designar senão aquele bem que todos os membros de um grupo partilham e que não é mais do que a convivência ordenada, numa palavra, a ordem".

Fica-se com Dallari, exatamente por isto, que o Bem Comum é conceito dinâmico, que se extrai e constrói no embate político, a cada necessidade social. Não se confunde com o momento de construção do Estado, nem autoriza a concepção da Sociedade como sendo homogênea, e muito menos do Estado como simples "instrumento" de uma classe ou fração de classe.

Não fosse assim, seria difícil, com efeito, falar em participação popular, ou comunitária, em atividades como a Vigilância Sanitária, cujo (novo) modelo administrativo abre flanco a uma nova dimensão de politicidade.

* * *

Até aqui se procurou traçar um perfil objetivo do Estado, sem preocupação específica com um caso em particular. Não se adentrou, ainda, o tema da administração pública como uma das funções do Estado, dentro das quais deve estar a Vigilância Sanitária. Vigilância Sanitária num país como o Brasil, que só surgiria no cenário internacional como Estado soberano após longo período colonial e bem depois da consolidação daquele Estado Moderno, do modelo europeu, que se acabou de descrever.

Para avançar neste aspecto da exposição, elabora-se uma tipologia dos Estados um pouco diferente, por direcionada a aspectos de interesse específico da pesquisa: uma tipologia que procura focar a relação dos Estados entre si, e os aspectos relevantes das formações sociais e administrativas dos diferentes contextos sócio-políticos.

O critério básico dessa tipologia é o problema dos Estados frente à questão da universalidade³⁵.

1.2 - Os Estados frente à questão da universalidade

Para se chegar ao estágio atual, de Estados soberanos convivendo numa ordem jurídica internacional, passou-se, ainda que sem um trajeto linear, por diversas fases: a) do Estado isolado; b) das hegemonias entre Cidades-Estados; c) da universalidade com dominação; d) da universalidade com colonialismo; e e) da universalidade com soberania.

a) O Estado Isolado

Corresponde, o Estado Isolado, ao período em que a sociedade vizinha e os estranhos não eram respeitados e sim considerados como inimigos, como objeto de saque, pilhagem e fonte fornecedora de escravos. Cercado por intransponíveis muralhas, era um oásis aos seus membros, que lhe entregavam, completamente, o instinto individual de conservação. Do Estado e sua eficácia militar dependiam a vida, a liberdade, os bens e a honra da família. O desterro era, sem dúvida, a mais terrível das ameaças.

O modelo mais acessível às fontes históricas, de que se dispõe, nesse figurino, é o Estado Romano no seu princípio, magistralmente descrito por IHERING³⁶.

Com efeito, a Roma dos tempos primevos é um acampamento militar permanente. As assembléias do povo não são mais que reuniões do exército, convocadas por seu general em chefe. Não se reconhece capacidade civil no

³⁵A tipologia é empírica e instrumental. Não se pretende uma sistematização que abranja toda a seqüência cronológica (muito menos num plano linear) e todas as experiências do fenômeno estatal. A noção de universalidade, também, é a do contexto histórico respectivo.

³⁶IHERING, Rudolf Von. *O espírito do direito romano*. Rio de Janeiro: Calvino Filho, 1934.

estrangeiro e a relação internacional é de um estado de guerra, que "equivale à negação absoluta de todo o direito dos indivíduos pertencentes a outros povos com os quais não se havia pactuado"³⁷. Em suma, não existia direito nem Estado, senão para os romanos e o que eles tivessem decidido.

É um Estado baseado no princípio de família (só as *gentes* fundadoras da Cidade reúnem os direitos políticos, civis e religiosos) e na constituição militar, que por sua vez é erigida sob o protótipo patriarcal (as relações de subordinação são as mesmas que vigoram entre pais e filhos, numa forma ampliada).

O rei é assim chamado, não porque governe no sentido jurídico, senão porque comanda, no sentido militar; mas a constituição, "apesar da severa disciplina que introduz no Estado, deixa um campo vasto à liberdade privada, não confundindo a existência política e privada do indivíduo"³⁸.

Esse "indivíduo", na realidade, é uma espécie de autarquia ou de sujeito coletivo, o *pater familias*. Ele é o único proprietário de todos os bens da clã, periodicamente aumentados pelas presas de guerra; é o único representante político da unidade familiar na praça pública, onde se aprovam as leis; é o detentor do direito de ação, inclusive em relação aos demais membros da família, que representa em todas as hipóteses; tem poder de vida e morte sobre mulher, filhos, noras, genros e demais pessoas afeta ao seu pátrio poder, inclusive "agregados" e hóspedes; é juiz supremo, com poder de julgar toda a família, ouvidos os parentes próximos; é o sacerdote do culto familiar; tem o poder de dispor dos bens por testamento, assim como de adotar e fazer sucessor pela via da agnação, em prejuízo da consangüinidade, enfim, é um

37V. IHERING, R.V. Op. cit., p. 212. Bem mais tarde, os juriconsultos clássicos ainda estabeleceriam, como de direito prático, a seguinte proposição: "Si cum gente aliqua neque amicitiam neque hospitium neque faedus amicitiae causa factum habemus"... "liber homo noster ab eis captus servus fit". Vale dizer, o estranho que não estivesse protegido por nenhuma espécie de pacto, poderia, segundo a regra geral, ser escravizado pelo cidadão romano.

38Idem, p. 173-174.

soberano encarregado de gerir uma parte da coisa pública em benefício da aristocracia patricia e sua perpetuação.

A comunidade política "aparece como uma relação de contrato", entre esses pais proprietários, numa relação de igualdade e coordenação: "o Estado não é coisa diferente, estranha e superior aos cidadãos"; e não representa ninguém, porque todos são o Estado, "todo mundo participa dos direitos públicos"³⁹.

Assim, no Estado Isolado, fecham-se os dois caminhos de acesso à gentilidade e à propriedade: negando as justas núpcias ao estrangeiro e tolhendo a eficácia aos negócios jurídicos dos bens de maior interesse quando não realizados em praça pública e mediante a solenidade própria⁴⁰.

A restrição ao estrangeiro, nessas condições, era vital à manutenção desse esquema de privilégios, sob pena de "contribuir para a sua própria ruína"⁴¹.

E as atividades de natureza policial, como se processavam em tal sistema? Por um lado, é o próprio *pater* quem zela pela ordem na sua família. Os atos atentatórios ao interesse coletivo, por outro lado, não são cometidos contra o Estado e sim contra todos os particulares (*pater familias*), que são os titulares dos direitos públicos subjetivos: qualquer um deles tinha o direito de impedir a violação e promover a reparação desses interesses, "do mesmo modo que para os interesses privados"⁴². Inclusive na esfera penal.

E os *gentiles*, ou pais de família, por seu turno, como são policiados? Pelos iguais. Integram a *gens*, que por sua vez é a comunidade dos gentis, e essa comunidade tem uma relação íntima de solidariedade, seja no plano

³⁹Idem, p. 198-199.

⁴⁰Os bens de maior valor, *res mancipi* (imóveis itálicos, escravos, animais de tração e tiro), só se transmitiam validamente entre romanos e mediante uma das duas solenidades de praxe, realizadas na praça pública: a *mancipatio*, efetuada perante o *libre pens*, e a *in jure cessio*, espécie de simulação de uma ação reivindicatória, perante um magistrado.

⁴¹Idem, p. 172.

⁴²Idem, p. 200.

material, seja no plano moral. Qualquer ato de indignidade e o infrator era punido pela *gens*, que exercia um poder censorial sobre os costumes de seus membros; todavia, "nada o obrigava a submeter-se...a tal decisão"⁴³. Ora, o preço de não se submeter representava a exclusão da arquiconfraria, vale dizer, a morte civil. Não valia a pena.

Para os padrões de hoje, esse tipo de organização pode causar a maior estranheza: estão ali englobados os aspectos policiais, penais e previdenciários, sem prejuízo de uma liberdade privada, praticamente, absoluta. Os pontos internos de contradição, aparentemente, são frágeis, já que o número de escravos é pequeno e controlado.

Qual foi a antítese deste sistema? Qual teria sido a porta de entrada para a sua transformação? Exatamente o instituto do *hospitium*, o recebimento de estrangeiros como hóspedes. Protegido pela religião e pelo costume, com o estrangeiro (visitante ou vencido na guerra) entrou na Roma primitiva a semente da universalidade: o comércio, a formação de novas classes sociais, e a par de intensas lutas e conflitos internos, a arrancada para a conquista do mundo antigo.

b) Hegemonias entre as Cidades-Estados: a experiência da Hélade

Certamente que se poderiam identificar muitas tentativas frustradas de expansão, por parte de Estados Isolados. A experiência digna de nota, e mais interessante para a perspectiva desta exposição, são as confederações gregas. Elas se davam sob a hegemonia de uma Cidade mais importante, que "anexava pela força um certo número de cidades menores"⁴⁴.

A capacidade desses Estados era fraquíssima, bastando uma derrota ou fraquejo (da cidade principal), para as demais se aproveitarem do fato para

⁴³Idem, p. 182.

⁴⁴V. MOSCA, G. et al. Op. cit., p.37.

recuperar a sua independência. Foi o que aconteceu com Atenas, após a guerra do Peloponeso, e com Esparta, após a batalha de Leuctras.

GAETANO MOSCA⁴⁵ atribui a incapacidade do Estado Grego de se impor, interna e externamente, a diversos fatores: a dificuldade de participar das assembleias populares àqueles que residiam fora da cidade; independência política das colônias, que passaram a manter somente um vínculo religioso e moral com a Mãe-Pátria (diferentemente de Roma, que não abriu mão das suas); falta de uma burocracia estável, posto que os cargos públicos eram temporários, conferidos até por sorteio às vezes; inexistência de exército permanente, uma vez que a ordem pública e a defesa da constituição dependiam da boa vontade dos cidadãos (somente eles possuíam as armas).

Além disto, o elo moral frágil, do senso de legalidade e de apego ao bem público, dependia da existência de uma classe média numerosa, pois que os desequilíbrios na riqueza levavam à secessão e o baixo número de cidadãos era um convite à revolta dos escravos. Na verdade, a realidade grega é um grande contraste frente, não só à sabedoria política e à excelente organização militar, mas também às aptidões organizadoras e assimiladoras dos romanos⁴⁶.

Ora, as magistraturas romanas também eram temporárias; o exército, até Mário, era constituído pelos próprios cidadãos; Roma nunca teve uma distribuição equitativa da riqueza, ou uma "classe média numerosa". E a explicação mais convincente do seu êxito está, conforme visto, na elite política, baseada nos laços da gentilidade. A institucionalização dos privilégios da aristocracia patricia é que forneceu a base de estabilidade política responsável pela expansão do Império Romano.

45Op. cit., p. 32-38.

46Idem, p. 59.

c) Universalidade com dominação: os impérios de Estados Isolados

Se a experiência grega, de expansão do Estado Isolado, não vingou, houve casos, como o dos impérios orientais, em que o Estado-Cidade conseguiu anexar e manter outros, por longos períodos. Todavia, o caso mais próximo do interesse brasileiro, obviamente, é o Império Romano.

A medida em que se afirma e suplanta os vizinhos, o Estado romano substitui a rapina pura e simples pela anexação, à base do jugo, do pacto e do tributo.

No seu núcleo, é uma economia agrária, com modo de produção escravista, mas a sua principal fonte de riqueza é externa, de origem militar.

O segredo da expansão reside na organização dos gentis, mas a própria expansão traz consigo a semente da contradição e da transformação: o ingresso do estrangeiro, inicialmente, e depois a formação de uma nova classe social, os plebeus⁴⁷.

Se por um lado, a expansão do Estado, à base da subjugação e do tributo, levava consigo o germe da universalidade e da soberania, o plebeu, na obstinada luta interna pela melhoria das condições de vida, pela igualdade de direitos civis, políticos e religiosos, construía os alicerces da individualidade; seja pelas transformações que provocaria em relação à propriedade⁴⁸ e às

⁴⁷Discussões doutrinárias à parte, os plebeus eram formados, basicamente, pelos descendentes dos estrangeiros domiciliados e dos libertos, conforme MOSCA et al. Op. cit., p. 60. Eram os habitantes livres dos territórios conquistados, aos quais haviam sido dadas as terras. Eram recebidos como membros do Estado, mas não tinham nenhuma parte no exercício da soberania nacional. Não tinha o *connubium* (direito de casamento válido com os patrícios). Seu número, de pouco considerável, cresceu com as conquistas e com isto foram ganhando peso político. No segundo século o Rei encontra neles aliados para enfrentar a orgulhosa autoridade dos patrícios e do Senado. A partir daí, percorreram um longo e sangrento caminho de conquistas políticas. V. MAYNS, Charles. *Cours de droit romain*. Bruxelas: Bruylant, 1891, v.1, p. 40. O patriciado, por sua vez, conforme já mencionado, era formado pelos descendentes das "antigas gentes", os fundadores da Cidade.

⁴⁸Não é possível nem se devem abordar aqui os diversos tipos de propriedade romana e sua transformação, mas a bibliografia é das mais vastas. Neste trabalho, as obras consultadas são as dos autores citados neste capítulo, especialmente MAYNS e IHERING, além de HENRIQUE, João. *Direito romano*. Porto Alegre: Edições Globo, 1938; MACKELDEY, F. *Elementos del derecho romano*. Madrid: Leocadio López, 1886; CAMPELLO, Manoel Netto Carneiro. *Direito romano: preleções em aula*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1914, 2v.

instituições políticas, seja pela sua condição familiar, incompatível com a *patria potestas* da gentilidade, e condizente com a realidade dos povos conquistados (que obteriam a cidadania romana com o edito de Caracala, em 212 d.C.)⁴⁹.

E é fácil de entender. Com efeito, a estrutura patricia (escravista e militar) de um ponto em diante não podia funcionar a contento sem plebeus e clientes⁵⁰, mas com eles "do lado de fora" dos privilégios. As conquistas sociais e políticas, assim, só seriam possíveis mediante uma transformação radical de toda a estrutura, transformação esta consolidada, ao final, no *Corpus Juris Civilis* de Justiniano. Concomitantemente, desbanca-se a religião (nas facetas privada e estatal) e ascende o cristianismo, o segundo grande pilar da universalidade, a par do próprio direito romano (adotado por diversos reis bárbaros e, mais tarde, divulgado pelos glosadores).

Interessante notar que se moldam na mesma forja os embriões da universalidade e do individualismo⁵¹, abrindo caminho, no germe que seja,

49CAMPELLO, Op. cit., v.1, p. 24, no tom majestoso de suas aulas da Faculdade de Direito de Recife, costumava destacar a luta dessa classe, que deu o sangue no campo de batalha e nas lutas internas, rompendo, obstinadamente, a resistência de uma das classes dominantes mais competentes que a humanidade conheceu: "Apesar das divindades do *Espanto* e do *Terror*, os plebeus destruíram insensivelmente a onipotência do elemento oriental (patricio) e levaram por diante a revolução política e religiosa". O mesmo vale para os demais aspectos, de ordem política e civil.

50Clientes, segundo MAYNS, op. cit., p. 39, eram os habitantes do território que, desprovidos de propriedade, não existiam na cidade senão pela proteção de um membro do *populus* (um patricio), sob cujo patronato se colocavam. Peregrinos e estrangeiros vencidos a quem tinham sido tomadas as terras acorriam a Roma atraídos por essa forma de abrigo. Era interessante para os dois lados, porque o patricio, além de receber uma parte da produção do cliente pelo *precarium*, dispunha, assim, de braços para ocupar mais terras do domínio público (aquelas que eram vetadas aos plebeus), tornando-se cada vez mais poderoso.

51Não há como falar em individualismo na estrutura da *gens*, em que a família, como diz IHERING (op. cit., p. 195), "se converte em uma corporação política, acolhe em seu seio elementos diversos e se submete a restrições que nada têm de comum com a sua essência originária". Na há individualismo porque na *gens* uma única pessoa "representa", anula, as demais de sua clã, e reúne em torno de si todas as relações jurídicas e patrimoniais. É este estado de coisas, incompatível com o estatuto jurídico e com a condição social dos plebeus, e de todos aqueles que se encontravam do lado de fora desta casta de privilégios, que se foi transformando com as conquistas sociais. Por outro lado, pode-se acrescentar que o indivíduo nem por isso tinha motivos para se considerar injustiçado: encerrado no círculo estreito da família ou da *gens* (patricia), poderosamente secundado pelo trabalho servil, não se achava isolado e não tinha, portanto, necessidade de "recorrer aos capitais nem à atividade de outrem" para a própria subsistência (conforme CAMPELLO, M.N.C. Op. cit., v.2, p. 228, com apoio em Gaston May e S. Henri Maine).

para a divisão social do trabalho e por via de consequência, para um novo papel para o Estado. Um Estado radicalmente diferente.

Essa lenta revolução social e política⁵², cujos desdobramentos teriam um lapso de incubação no período medieval, teve um reflexo imediato muito significativo, para os objetivos da presente Tese, e que não se pode deixar de destacar: surge a polícia, através da criação de uma magistratura, dos *aediles plebis*; era a figura de um magistrado menor, o edil, que entre diversas funções acumulava os cuidados de polícia⁵³.

Uma forma de polícia criada, note-se bem, *como instituição da plebe e não da comunidade patrícia*. Os patrícios já contavam com a própria censura interna, dos iguais, conforme já mencionado, muito mais severa e eficaz. Quem necessitava de um aparato, ou de uma magistratura de funções policiais, eram os plebeus, que não contavam com a mesma estrutura familiar, ou pelo menos, com a mesma facilidade de autodefesa, enquanto classe.

E a Administração Pública nesse período? O Estado, com uma arrecadação segura, seja pela venda dos bens conseguidos na guerra, inclusive as terras, seja pela própria tributação, cobrança de multas, aduanas, produtos de minas, salinas e peixarias públicas, mantinha o culto e a guerra, os sacrifícios e os jogos públicos; e além disso, promovia, como de hábito entre os romanos, importantes obras públicas⁵⁴. Todavia, e mesmo depois, no

52 Não se imagine que a conquista dos direitos transformou os plebeus em novos patrícios, porque isto não era possível. Os postos e magistraturas transformam-se com os avanços políticos. É o que lembra BONINI, Roberto. República romana. In: BOBBIO, N. et al. *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 1991. p.1.112: "O senado também foi aberto aos plebeus lá pela metade do século IV a.C", mas: "Pode-se dizer que, em sua linha evolutiva, as funções tipicamente reservadas ao Senado antes da admissão dos plebeus"... "tendem a perder importância". "A *auctoritas* do Senado em matéria legislativa"... "converte-se bastante depressa num parecer preventivo, mas não vinculador, sobre as propostas dos magistrados". Mas as transformações ferem, em contrapartida, as instituições patrícias: com o tempo, e graças, principalmente, às conquistas políticas da classe contrária, a poderosa *gens*, por exemplo, se converteria "em uma corporação política comum" (IHERING, op. cit., p. 175).

53 MACKELDEY, F. Op. cit., p. 12: "Ao mesmo tempo deram-se aos plebeus dois magistrados mais, os edis, que estavam encarregados da polícia e outros objetos concernentes ao bem público". E à p. 17: "Assim como os pretores estavam encarregados da execução da justiça, do mesmo modo se confiava o cuidado da polícia aos *edis*. Em um princípio não houve mais que *aedilis plebis*".

54 MAYNS, op. cit., p. 52. FERRIL, Arther. *A queda do império romano: a explicação militar*. Trad. de Octavio Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1989, p. 15, refere a suntuosidade, o vulto e a importância

período do principado, com a criação da burocracia imperial, não se chegou a criar um funcionalismo profissional e permanente⁵⁵. As magistraturas eram gratuitas e os serviços públicos eram prestados por escravos. GEORGE ROSEN⁵⁶, em sua clássica "Uma história da Saúde Pública" descreve a atividade de "escravos públicos" nas tarefas de interesse da higiene e da administração pública, sob o comando e orientação de um astínomo, ou de uma comissão de cidadãos, especialmente designados.

Bem por isso, constata CAMPELLO⁵⁷, não havia, nem poderia haver, em Roma direito administrativo, nos moldes em que conhecemos, especialmente a partir da Revolução Francesa. Os empregados ou funcionários públicos profissionais já seriam figura de outro tempo, das sociedades com divisão social do trabalho⁵⁸.

A queda do Império Romano⁵⁹ significou a volta das autonomias locais, exatamente como ocorrera com o fim das hegemonias de Cidades, na Grécia, muito embora a realidade e o contexto fossem muito diferentes.

É verdade que o Estado Romano, com modo de produção escravista, era incompatível com a realidade do Estado Moderno, motivo pelo qual jamais

dessas obras, sejam os aquedutos, os esgotos, os edifícios, sejam as muralhas e outras construções de natureza castrense.

⁵⁵Muito embora já se estranhasse "cada vez mais" a convicção, alerta BONINI, Roberto. Principado. In: BOBBIO, N. *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 1991, p. 995, "de que só um serviço permanente, profissional (portanto retribuído) e hierarquicamente organizado (até ao imperador) poderia criar uma administração eficiente". Era uma clara antítese com os princípios republicanos e com o próprio modelo escravista.

⁵⁶ROSEN, George. Trad. de Marcos Fernandes da Silva Moreira. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 42 e 43. A propósito, Tarquínio o Soberbo, segundo MAYNS, op. cit., p. 52, forçou a plebe a trabalhar em determinadas obras públicas.

⁵⁷Op. cit., v.1, p. 46.

⁵⁸A expressão *divisão social do trabalho* é utilizada em sentido diferente da simples divisão do trabalho. Na *gens* a divisão do trabalho sempre existiu, a começar pelas tarefas diferenciadas de homens e mulheres; aqui, quando se fala em *divisão social do trabalho* quer-se representar uma realidade bem mais complexa: a divisão da sociedade em classes sociais a partir da divisão do trabalho em ofícios e profissões, em capital e trabalho; divisão de que o próprio Estado (sociedade política) é consequência, posto que constitui uma instância separada da sociedade civil (dividida em classes de diferentes interesses), como detentora do monopólio da violência e das políticas públicas (acima dos interesses específicos de classe).

⁵⁹A decadência do Império Romano é devida a centenas de fatores, como mencionam FERRIL, op. cit., p. 15 e BONINI, R. Dominato. In: BOBBIO, N. et al. *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 1991, p. 379-381. Tal tipo de decadência e queda, sem restabelecimento da ordem estatal, entretanto, só poderia ocorrer no contexto do Estado Isolado.

haveria condições para a passagem automática de um estágio ao outro; a universalidade fragmentou-se porque ainda não se haviam desenvolvido as condições infra-estruturais do capitalismo: não havia uma burguesia hegemonicamente instalada, capaz de recompor o aparelho estatal fragmentado e decadente.

Ou com outras palavras e de outro ângulo, só a existência de uma sociedade internacional, mais ampla do que o Império Romano, nos moldes em que o Capitalismo o seria, é que viria a possibilitar o surgimento do Estado Moderno.

Construído o Estado Moderno, por outro lado, a igualdade jurídico-formal dos Estados, no plano internacional, passaria por outro estágio, o do colonialismo - em cujo contexto surgiria o Brasil.

d) Universalidade com colonialismo

CHATELET⁶⁰ afirma que "Os Estados-nação devem também ser considerados como soberanias voltadas para o exterior, envolvidas nas relações internacionais".

De fato, o anseio de universalidade, semeado pelo ecumenismo militar romano, seria a base do modelo europeu de Estado (Moderno), com sua tendência ao expansionismo dos mais fortes e "avançados", vale dizer, o desenvolvimento da política colonial.

Não se trata de uma, "mas de *três*" colonizações, complementa CHATELET⁶¹: a) a da evangelização e da pilhagem, inaugurada por Cristóvão Colombo; b) a comercial, em que se destacaram os ingleses, substituindo os

⁶⁰CHATELET, François, DUHAMEL, Olivier, PISIER-KOUCHNER, Evelyne. Trad. de Carlos Nelson Coutinho. *História das idéias políticas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985, p. 270.

⁶¹Op. cit., p. 274.

holandeses; e mais tarde, c) a colonização administrativa, na qual os Estados Unidos estabelecem pactos e tratados, não mais com simples colônias, mas com Estados soberanos.

É inegável que a formação do Estado brasileiro é profundamente marcada por esse contexto de seu surgimento. A fase colonial, propriamente dita, seria de expansão do modelo de Estado europeu, voltado, especialmente, para África e América. É um período que dura o tempo necessário ao amadurecimento interno e à formação de uma burguesia local, com postura internacional. Outro exemplo típico é o caso da Argentina, como lembra MERQUIOR⁶².

De fato, enquanto o colonizador espanhol envolvia-se com a guerra na Europa, a prata de Potosi formava uma classe forte de comerciantes em Buenos Aires; comerciantes que proclamam a Independência em nome do livre comércio; livre comércio queria dizer, de fato, "comércio inglês".

Com a independência, começa um novo período para cada um dos novos países e ex-colônias, dentro do jogo de forças internacional.

e) Universalidade com soberania

Superado o colonialismo, a nova ordem internacional é de Estados Soberanos, com igualdade jurídico-formal entre si, da mesma maneira, analogicamente, que os particulares na ordem interna de cada um deles. "Colônia pura ou Estado submetido à penetração econômica", diz CHATELET⁶³, "não há nenhum hectare de terreno que escape ao mundo branco ou ao seu imitador japonês".

⁶²MERQUIOR, José Guilherme. Padrões de construção do Estado no Brasil e na Argentina. In: HALL, John A. *Os Estados na história*. Rio de Janeiro: Imago, 1992. p. 386-421.

A classificação deve ser vista com as devidas reservas. Não se pode esquecer o colonialismo francês (Guiana Francesa), por um lado, e a existência de colonialismo, no sentido mais antigo, até recentemente.

O exemplo, portanto, é ilustrativo.
⁶³Op. cit., p. 274.

"A referência obrigatória", acrescentam os citados professores da Universidade de Paris, "é a do Estado industrial desenvolvido, em seu resultado liberal americano ou em seu resultado socialista soviético"; era e continua a ser, afirmam ainda, "inimaginável que africanos vivendo num mesmo território decidam-se a se organizar em agrupamentos *anárquicos* de comunidades de diferentes formas, sem rei ou presidente, sem Constituição, subscrevendo em simples direito costumeiro, praticando o escambo e buscando a autarquia econômica. A forma-Estado domina"⁶⁴.

O Estado contemporâneo exerce a sua função, portanto, num contexto de Sociedade civil unificada e organizada, em termos internacionais, o que significa que este capítulo, para os fins desta Tese, não pode se encerrar sem examinar o caso específico do Estado brasileiro; o fenômeno abrangente do Estado Contemporâneo; e o importante conceito de Sociedade civil.

1.3 - A construção do Estado Brasileiro

JOSÉ GUILHERME MERQUIOR⁶⁵ realiza importante estudo em torno dos padrões de construção de dois Estados Modernos, especificamente Brasil e Argentina. É oportuno resumir e destacar os aspectos principais do seu ensaio.

Os resultados políticos da independência na América espanhola e portuguesa foram bem diferentes. Enquanto a ex-colônia portuguesa manteve a unidade, com a vastidão territorial que o Brasil ostenta, a parte espanhola, num processo de balcanização, fragmentou-se em quase duas dezenas de países. A que se deve o fenômeno da unidade brasileira?

⁶⁴Idem, p. 284.

⁶⁵MERQUIOR, J.G.Op. cit.

No período que vai da independência a meados do século XIX, o Brasil testemunhou oito revoltas regionais, metade delas com intenção separatista. A desintegração parecia mera questão de tempo.

Ocorre que, diferentemente dos vizinhos, o Brasil, além de ter uma economia escravista⁶⁶, contou com a presença da Corte portuguesa no Rio de Janeiro. Fugitivo da invasão napoleônica, o Rei ficou no Brasil até 1820. Com isto, de colônia o Brasil passou a "reino unido", em 1815 (exatamente um ano antes da independência da Argentina). Quando D. João VI retornou a Lisboa, seu filho assumiu como Príncipe Regente e depois como Imperador.

Se os próprios libertadores, como San Martin e Simon Bolívar, pensavam que um trono impediria a anarquia na América espanhola, o Brasil realizou esta aspiração, até 1889.

Por outro lado, concorreu para a unidade o fato de o Brasil dispor de "uma elite nacional"⁶⁷. Era a elite política imperial, composta, basicamente, de magistrados, formados e treinados na lei civil, sob medida à manutenção dos interesses e prerrogativas da monarquia.

Ao invés da heterogênea mistura que caracterizava "os libertadores" dos países vizinhos, formados em universidades locais, de orientação teológica, os construtores do Império brasileiro tiveram uma formação educativa e profissional comum, da Universidade de Coimbra. Formados, partilhavam a experiência de servir como agentes da Coroa em diversos lugares, tanto na metrópole quanto na colônia - uma circulação que os imbuía de experiência prática e de um horizonte intelectual muito vasto.

Enquanto isso, na América espanhola os "crioulos" eram excluídos dos cargos elevados da burocracia, conhecimento que iria faltar às elites que conquistaram a independência, refletindo em falta de uma visão mais ampla

⁶⁶O temor permanente de uma revolta dos escravos é apontado por muitos como um fator importante de unidade nacional.

⁶⁷MERQUIOR, J.G., op. cit., p. 395.

das coisas e numa "experiência muito provinciana"⁶⁸ do exercício da autoridade, quando chegaram ao poder do Estado.

O trono dos Bragança reproduziu, no Brasil, o básico treinamento da elite portuguesa e as gerações posteriores, de políticos e altos funcionários, por sua vez, seriam educadas em duas Escolas de Direito não provinciais (São Paulo e Recife)⁶⁹, que pretendiam ser não técnicas mas "hautes écoles". A estratégia completava-se com a prática de fazer circular seus oficiais pelo Império, antes de lhes confiar posições decisivas no Gabinete ou no estratégico Conselho de Estado, ou no Senado (cujos membros vitalícios eram escolhidos pelo Imperador de uma lista de nomes eleitos).

Essa elite desempenhou o importante papel de agregar os interesses dos grupos dominantes e protegê-los, "através da mediação do poder do Estado"⁷⁰.

A situação econômica, por outro lado, favoreceu essa estratégia unitária: baixo crescimento, pouca exportação, agricultura quase inexpressiva, estradas ruins, falta de transporte em geral, ausência de infra-estrutura para um desenvolvimento sustentado, modéstia dos recursos fiscais. Aparentemente era um convite à fragmentação; mas não. Era um círculo vicioso.

Monopolizando o que podia ser tributado, o Estado centralizado deixava na inanição as autoridades provinciais e locais, que não podiam, por sua vez, investir para a criação de riqueza e melhoria da produção. Com isto não se criavam focos de interesses mais expressivos nos níveis regionais.

Desde o início, portanto, o país contou com uma tradição centralizadora, de um governo estruturadamente forte neste sentido, mas não suficientemente robusto para impedir os Rothschilds de definir as condições de seus empréstimos, nem de enfrentar o poder inglês, "quando este decidiu findar

⁶⁸Idem, p. 395.

⁶⁹Primeiramente, São Paulo e Olinda.

⁷⁰Idem, p. 396, com apoio em Carvalho.

o comércio de escravos" e assim proteger a produção de açúcar das Índias Ocidentais da competição brasileira⁷¹.

Além destes aspectos, das realidades interna e externa, uma outra característica se impôs, a partir daquele período de formação do Estado brasileiro: a crônica e triste dependência do Estado por parte das classes superiores, em termos de emprego.

A estagnação da economia açucareira no Norte; o monopólio do comércio por estrangeiros nas principais cidades; o subdesenvolvimento, enfim, levavam os descendentes das referidas classes à burocracia e à política. A maioria dos Ministros do Gabinete foram funcionários públicos.

Outro ponto: o governo central não encontrava maiores problemas em contrariar os grandes interesses, como o fez por ocasião da Lei do Ventre Livre, contra os plantadores de café do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. O que a Coroa concedia aos fazendeiros era *status*, através de títulos honoríficos, além de jamais procurar mudar o modelo econômico, ou buscar um desenvolvimento estrutural. O livre comércio, representado por baixas tarifas em benefício da economia agro-exportadora e do consumo das classes superiores, permaneceu sempre inalterado.

Os liberais, por seu turno, se influíram na abdicação de D. Pedro em 1831, na introdução do *habeas corpus*, e no abolicionismo, como partido traduziram muito mais "a fome de poder das oligarquias regionais"⁷², do que qualquer pretensão de mudar o Estado ou a forma de governo. O partido não se comportava como um todo orgânico e solidário, desconhecendo os anseios dos próprios associados, nas questões locais e regionais. Era uma conduta ambivalente, ora condenando, ora se valendo do autoritarismo imperial, que, aliás e sintomaticamente, não o esquecia nas reformas eleitorais e respectivos aquinhoamentos.

⁷¹Idem, p. 397

⁷²Idem, p.402.

1.3.1 - O legado e sua transformação

Por volta de 1860, demonstrando um poder central com controle efetivo dos meios de coerção, destaca MERQUIOR, vale dizer, soberania sobre território certo e capacidade de arrecadar tributos regularmente, juntamente com um sistema judicial estável, o Império brasileiro havia construído um Estado. Em relação à Argentina, todavia, atrasou na evolução política⁷³. Teve dificuldades no desenvolvimento de uma cidadania crescente e ativa e teve problemas no plano democrático.

Se a Argentina caminhava neste sentido, com a reforma eleitoral de 1912, concretizada em 1916, o Brasil só encetaria o passo, como prática continuada, de voto secreto e veto judicial à eleição, em 1946.

Com a República Velha, o arquicentralismo foi em grande medida desmantelado. A nova elite política que surge é composta de Advogados com clara origem na classe dos proprietários rurais e, também, dos burocratas. Os novos líderes eram mais representantes de classe do que os construtores do Império tinham sido.

Sem maiores problemas, constituíram uma Federação que se tornou o sustentáculo para os principais interesses econômicos dos Estados importantes, fato que se refletiu na impressionante sucessão de Presidentes oriundos da cafeicultura paulista, hegemonia partilhada, depois, com Minas Gerais, na famosa reunião do "café-com-leite".

No ápice da insatisfação urbana da década de 20, agravada pelas fraudes eleitorais contínuas e pela agitação tenentista, a depressão de 1929 é que vem solapar as bases agro-exportadoras, enfraquecendo definitivamente a coalizão

⁷³Op. cit., p. 404.

governista, que se achava dividida. Em nome do descontentamento geral, em 1930, toma o poder Getúlio Vargas, oriundo de um Estado periférico.

Vargas medeia os conflitos e instala a sua ditadura ("Estado Novo", 1937-45), restaurando o impulso centralista, à base do qual implanta uma verdadeira burocracia nacional e a semente da indústria pesada. "Com Vargas", diz MERQUIOR⁷⁴, dois aspectos centrais da tradição do Estado brasileiro foram revividos: o centralismo exacerbado e a ausência de vínculo entre o Estado e uma classe dominante em particular".

A liberação de 45 e a Constituição de 46 dão ao País 18 anos de democracia limitada (equivalente à da Argentina de 1916-30), com partidos de molde liberal-populista, mas sem que o poder do Estado deixasse de ser altamente centralizado.

A instabilidade e o fracasso das lideranças civis ensejaram a tomada do poder pelos militares de 1964⁷⁵, pondo em colapso a experiência democrática que amadurecia, apesar de seu desempenho ter sido "bastante honroso nos campos político e econômico"⁷⁶.

Poucos compreenderam, quando o regime começou, que não era só o triunfo da reação, "mas também uma forma de reformismo neocapitalista, tecnocrático, cujo intento era o desenvolvimento sustentado e a industrialização"; um reformismo centralizador, que melhorou o sistema fiscal,

⁷⁴Op. cit. p. 412.

⁷⁵V. PARKER, Phyllis R. Trad. de Carlos Nayfeld. *1964: o papel dos Estados Unidos no golpe de estado de 31 de março*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977. Esta autora americana pesquisou o episódio de 1964 junto às fontes, arquivos e autoridades americanos. Os Estados Unidos só não intervieram militarmente na ocasião porque não foi necessário. A operação militar preventiva foi cognominada *Brother Sam* (p. 116). Grande foi, também, o esforço das autoridades americanas no plano financeiro para "apoiar e fortalecer quanto possível o atual (novo) regime" (p. 111). PARKER arremata o livro dizendo: "A posição de liderança desfrutada pelos Estados Unidos fica enfraquecida quando, sendo eles proponentes de franquia e liberdade, sua política solapa os direitos dos homens em outras nações. Não é justo esperar que outros honrem as causas que os Estados Unidos defendem com palavras, mas ignoram na ação"(p. 133).

⁷⁶MERQUIOR, op. cit. p. 414. O crescimento anual, informa, era de 7% e a política tornava-se, crescentemente, menos clientelista "e mais representativa socialmente".

mas, ao sabor da velha tradição, destinou a parte do leão ao governo federal, "deixando só migalhas aos Estados e Municípios"⁷⁷.

Isto agravou a distância entre Sul e Nordeste, assim como o desnível entre pobres e ricos. Quando as taxas de crescimento começaram a cair (como em 1981), a inflação a subir, juntamente com os encargos da pesada dívida externa, precipitou-se o fim.

Com a redemocratização, em meados da década de 80, inicia-se um novo período: promulga-se uma nova Constituição, e em decorrência dela, um novo sistema de saúde é instituído, e por via de consequência, uma nova Vigilância Sanitária, num sistema que se pretende descentralizado e com participação da comunidade.

"Vinte anos de desmobilização", conclui MERQUIOR⁷⁸, entretanto, "acabaram por produzir a única economia industrial no mundo que ainda não tem um *welfare state* decente". E pergunta: pode-se consegui-lo sem centralismo econômico?

É um desafio ao nosso Estado Contemporâneo Brasileiro.

1.4 - O Estado Contemporâneo

Tratar do Estado Contemporâneo como categoria geral, aplicada indistintamente a todos os Estados, poderia parecer, nesta altura, um afastamento da exposição, em relação a um encaminhamento específico, para o Estado brasileiro.

Ocorre que os Estados hoje, conforme já referido, apresentam-se, de modo geral, em condições de igualdade no plano jurídico-formal e ante os atributos da soberania.

⁷⁷MERQUIOR, *idem*, p. 414-15.

⁷⁸*Idem*, p. 418.

CESAR LUIZ PASOLD⁷⁹ é um autor que vem trabalhando esse conceito e seu "referente", com efeito, é comum aos Estados hodiernos: o tipo de conteúdo do *discurso constitucional*. Estado Contemporâneo seria aquele que, em virtude dessa e de outras características, teve o seu surgimento na segunda década do presente século: "em 1917, com a Constituição mexicana, e, em 1919, com a Constituição de Weimar".

GOZZI⁸⁰ ao falar em Estado Contemporâneo levanta a antítese em que se debate o respectivo conceito: a antítese entre Estado de Direito e Estado Social. Os problemas do Estado Contemporâneo advêm das múltiplas relações que se criaram "entre o Estado e o complexo social", e a questão do conceito gira em torno da dificuldade de captar os efeitos dessas relações "sobre a racionalidade interna do sistema político".

Os direitos fundamentais (a que se volta o Estado de Direito) representam a tradicional tutela das liberdades burguesas (liberdade pessoal, política e econômica); e os direitos sociais, por outro lado, "representam direitos de participação no poder político e na distribuição da riqueza social produzida". O dilema do Estado, forçadamente transformado, assim, na sua ossatura, é oscilar "entre a liberdade e a participação"⁸¹.

Realmente, o Estado mudou, a partir de meados do século XIX. O gradual aumento de sua intervenção na sociedade, em face das demandas sociais crescentes, eclodiria, ou se expressaria nos textos constitucionais deste século, alterando a sua forma jurídica, os processos de legitimação e a estrutura da Administração Pública.

Se os direitos fundamentais sempre constituíram um dique contra a intervenção do Estado e a garantia do *status quo*, os direitos sociais, com a marca da imprevisibilidade, do clamor, da exigência de atendimento onde quer

⁷⁹PASOLD, Cesar Luiz. *Função social do estado contemporâneo*. Florianópolis: Estudantil, 1988. p.43.

⁸⁰GOZZI, Gustavo. Estado contemporâneo. In: BOBBIO, N. et al. *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 1991. p. 401-409.

⁸¹Idem, p. 401, com apoio em Frsthoff.

que surjam, constituem a via por onde a Sociedade foi e vai entrando no Estado, "modificando-lhe a estrutura formal"⁸².

O Estado constitucional, "no sentido de Estado enquadrado num sistema normativo fundamental", ensina DALLARI⁸³ nasceu inspirado em três objetivos conjugados: 1) afirmação da supremacia do indivíduo; 2) necessidade de limitação do poder dos governantes (à vista das monarquias absolutistas); e 3) crença nas virtudes da razão, apoiando a busca da racionalização do poder.

Perdeu muito de seu prestígio, todavia, seja pela intensa solicitação de participação do Estado na vida social, o que obriga a uma ação mais eficaz, dinâmica e autoritária, que rompe as barreiras dos direitos individuais; seja porque os próprios indivíduos e grupos sociais estimulam e até exigem a sua intervenção, mesmo à margem da ordem constitucional; seja em razão de que o crescente autoritarismo do Estado não vem encontrando resistências significativas, ante a ênfase posta no desenvolvimento econômico. Há momentos e circunstâncias em que contrariar o arbítrio do Estado, na ordem econômica, chega a ser denunciado como formalismo, e quando não, como atitude anti-social e até ridícula. Tal é o caráter de "salvação nacional" que costumam assumir tais intervenções.

1.4.1 - Definição do Estado Contemporâneo

PASOLD⁸⁴ em sua obra citada, procura conceituar o Estado Contemporâneo sob os pontos de vista descritivo e prescritivo, tomados como viés metodológico sugerido por Bobbio (no seu "Teoria das formas de governo").

⁸²Ibidem.

⁸³DALLARI, op. cit., p. 168 e ss.

⁸⁴Op. cit., p. 43-44.

Sob o ponto de vista descritivo, o Estado Contemporâneo apresenta-se com as características de uma conformação jurídica em torno da consagração formal de determinados conteúdos⁸⁵; no plano do discurso, apresenta-se com expressa submissão à Sociedade e seus anseios; em geral, assume uma estrutura *tentacular*, com ampliação de funções e tendo a burocracia como centro de atenção; e no plano internacional e da internacionalização da economia, caracteriza-se pela progressiva *desnacionalização* do fluxo de bens.

Sob o ponto de vista prescritivo, posiciona-se no sentido de que essas conformações jurídicas devem guardar relação fiel com a realidade (social); de que a aludida submissão do Estado à Sociedade deve ter (e operar) os mecanismos políticos acompanhados do aparelhamento institucional e administrativo necessário à sua consagração prática; de que esse desempenho administrativo, eficaz e de acordo com os princípios norteadores, só se justifica se todo o conjunto estiver submisso às demandas que a realidade social reclama sejam atendidas com presteza; e tudo sob a égide da primazia do humano em relação ao econômico.

Assim, PASOLD⁸⁶ define o Estado Contemporâneo, "que para muitos é sinônimo de Estado Social", "como aquele que assume formalmente na sua *Lex Fundamentalis* um compromisso com a Sociedade toda e, em virtude disto, disciplina a Ordem Econômica e Social, além de expressar os direitos e garantias fundamentais e organizar os poderes públicos, de modo a realizar o Interesse Coletivo ou seja, o Bem Comum".

Portanto, este Estado "tem uma função básica", peculiar, complementa, que o torna "conceitual e pragmaticamente diferenciado do Estado dos séculos XVIII e XIX"⁸⁷.

85Basta examinar os Títulos da Ordem Econômica e Social da Constituição brasileira, para se comprovar a afirmação.

86PASOLD, Cesar Luiz. A função social do Estado contemporâneo e o poder judiciário. *Alter Ágora*. Florianópolis, n. 3, p.25-29, set. 1995.

87Idem.

É a *função social*, "compreendida como aquela que implica em ações que por dever para com a Sociedade, o Estado execute, respeitando, valorizando e envolvendo o seu *sujeito* (o homem), atendendo o seu *objeto* e realizando os seus *objetivos*, sempre com a prevalência do social e privilegiando os valores fundamentais do ser humano"⁸⁸.

É nesse sentido que DALLARI⁸⁹ se refere constantemente ao "Estado adequado": aquele que realiza o bem comum do seu povo, ou como diz PASOLD, aquele que cumpre a sua função social.

Trata-se, portanto, de um tipo de Estado, o Estado Contemporâneo, que tem um pressuposto básico e ineliminável: de ser um Estado democrático. O Estado como a instância onde a **Sociedade Civil**, concretamente, articula, decide e encaminha as suas soluções coletivas, tendo e lançando mão de todos os instrumentos político-institucionais que a regra do jogo exigir.

1.5 - Sociedade Civil e democracia

A grande questão parece ser esta: o Estado Contemporâneo realmente se presta para cumprir tais finalidades do desafio hodierno? Ou não passa de um instrumento nas mãos de uma minoria, elite, grupo, classe ou fração de classe, que o manipulará e utilizará sempre em seu próprio proveito?

Desde Hegel, o pensamento político mudou radicalmente, com a noção de Sociedade Civil: nem estado de natureza, de Hobbes, nem estado como produto da razão ou modelo ideal (dos jusnaturalistas). O Estado passa a ser visto como produto racional de "uma sociedade historicamente determinada,

⁸⁸Ibidem. Por *sujeito* entende o homem individualmente considerado e respeitado na sua inserção na sociedade (o homem concreto, portanto); *objeto* da atenção estatal são os diversos campos de atuação, em decorrência da realidade dinamicamente considerada; e *objetivo* deve ser o *Bem Comum* ou interesse coletivo, conforme for estabelecido, legítima e constantemente pela sociedade.

⁸⁹Op. cit., p. 26.

caracterizada por certas formas de produção e por certas relações sociais", diretamente ligado à repetição e ao "potenciamento de interesses particularistas"⁹⁰.

Vale dizer, o Estado não é superação da Sociedade Civil, mas simples reflexo dela: se a Sociedade civil é assim, assim é o Estado"⁹¹. Se uma dada Sociedade Civil, historicamente, costumava reproduzir interesses hegemônicos e monopolistas externos, o Estado, fatalmente, refletirá, nas suas políticas e ações, tal realidade.

Ora, o que é Sociedade Civil? Para BOBBIO⁹², "entende-se por Sociedade civil a esfera das relações entre indivíduos, entre grupos, entre classes sociais, que se desenvolvem à margem das relações de poder que caracterizam as instituições estatais. Em outras palavras, Sociedade civil é representada como o terreno dos conflitos econômicos, ideológicos, sociais e religiosos que o Estado tem a seu cargo resolver, intervindo como mediador ou suprimindo-os; como a base da qual partem as solicitações às quais o sistema político está chamado a responder; como o campo das várias formas de mobilização, de associação e de organização das forças sociais que impelem à conquista do poder político".

1.5.1 - O pensamento marxista

Mais recentemente, um momento significativo do pensamento político é a obra de Antônio Gramsci, cuja teoria do Estado é traçada, exatamente, como síntese de sociedade política e Sociedade civil⁹³.

⁹⁰BOBBIO, Norberto. Trad. de Carlos Nelson Coutinho. *O conceito de sociedade civil*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 22.

⁹¹Idem, loc. cit.

⁹²BOBBIO, Norberto. Sociedade civil. In: BOBBIO, N. et al. *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 1991. p. 1.210.

⁹³V. COUTINHO, Carlos Nelson. *Gramsci: um estudo sobre o seu pensamento político*. Rio de Janeiro: Campus, 1989. p. 39. A reconstituição do pensamento de Gramsci, em rápidas pinceladas, é baseada nesta obra e no ensaio de BOBBIO, já citado, sobre o conceito de Sociedade civil. V. também

Gramsci, numa guinada em relação a determinadas correntes do marxismo, acredita na transformação da Sociedade e do Estado sem necessidade de luta armada, a partir do conceito de "hegemonia": a classe operária poderia tornar-se uma "classe nacional", detentora do consenso, como estratégia de transição para o socialismo. A condição seria abandonar a mentalidade corporativista (que se expressa no reformismo) para converte-se na porta-voz de todas as camadas trabalhadoras, até uma aliança com os demais extratos sociais: "só se pode ser classe dominante quando já se é classe dirigente"⁹⁴.

O destaque está na noção de Sociedade Civil, em Gramsci. Marx identificou Sociedade Civil e momento estrutural, e é este, exatamente, o ponto de partida do pensador italiano. Quem chamou atenção para esse ponto foi BOBBIO⁹⁵ "A Sociedade Civil, em Gramsci, não pertence ao momento da estrutura, mas ao da superestrutura". E cita a seguinte passagem dos Cadernos, em que diz Gramsci: "Podem ser fixados, por enquanto, dois grandes planos superestruturais: o que pode ser chamado de Sociedade civil, ou seja, o conjunto de organismos habitualmente ditos privados, e o da sociedade política ou Estado. E eles correspondem à função de hegemonia que o grupo dominante exerce em toda a sociedade; e à do domínio direto ou de comando, que se expressa no Estado e no governo jurídico"⁹⁶.

Isso se dá, na leitura de Bobbio, porque para Gramsci as condições objetivas são o passado histórico e as relações sociais existentes - cujo reconhecimento é obra do sujeito ativo: **a vontade coletiva**: "só através do

SIMIONATTO, Ivete. *Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no serviço social*. Florianópolis: USFSC, 1995. Esta autora destaca que o pensamento de Gramsci só teve condições concretas de se desenvolver no Brasil após as mudanças sócio-políticas e econômicas implantadas pelo período governamental pós-64. V. p. 13.

94COUTINHO, C.N. *Op. cit.*, p. 39.

95BOBBIO, Norberto. *O conceito de sociedade civil*. *Op. cit.*, p. 32.

96Idem, *loc. cit.*

reconhecimento das condições objetivas é que o sujeito ativo se torna livre e se põe em condições de poder transformar a realidade"⁹⁷.

Esta visão, portanto, comunga com os autores acima citados, no sentido de que a Sociedade pode influir e provocar mudanças de estrutura, a partir da superestrutura, através da atuação política. É o que ressalta BOBBIO⁹⁸, dizendo que a relação estrutura/superestrutura de "causa e efeito", que leva ao "fatalismo histórico", inverte-se "quando considerada do ponto de vista do sujeito ativo da história, da vontade coletiva, em uma relação meio/fim".

As ideologias - das quais a Sociedade Civil é a sede histórica - são vistas não mais apenas como justificação póstuma de um poder cuja formação histórica dependa das condições materiais, "mas como forças formuladoras e criadoras da nova história, colaboradoras na formação de um poder já constituído"⁹⁹.

Assim, no plano estrutural, à necessidade se contrapõe a liberdade; na superestrutura, a força se converte em consenso. Isto é, complementa COUTINHO¹⁰⁰, todas as esferas do ser social são atravessados pela política, "como elemento real ineliminável", sinônimo de "catarse": a passagem do momento meramente econômico (ou egoístico-passional) para o momento ético-político, ou seja, a elaboração superior da estrutura em superestrutura na consciência dos homens".

Não se confunde, portanto, em Gramsci, Sociedade civil e sociedade política, confusão que leva ao erro da estatolatria. Por outro lado e finalmente, o desaparecimento do Estado na Sociedade Civil, momento que o marxista Gramsci chama de "sociedade regulada", resulta da ampliação da Sociedade

97Idem, p. 38.

98Idem, p. 39.

99Idem, p. 41.

100Op. cit., p. 53.

civil e, portanto, do momento da hegemonia, até eliminar todo o espaço ocupado pela sociedade política¹⁰¹.

LUZ¹⁰², por outro lado, chama atenção para o papel das instituições (como conjunto articulado de "saberes" e "práticas"), na vida dos grupos e classes sociais, na dimensão em que Gramsci fala de "Estado ampliado". Destaca a importância do seu papel no poder social dominante, que não se esgota no Estado¹⁰³. O poder do Estado não precisa, necessariamente, expressar sua força hegemônica através de aparelhos; outras instituições articulam o poder social dominante e constituem-se em hegemonia. Sua realidade hegemônica, diz LUZ¹⁰⁴, é continuada e contraditória.

Continuada por ser um processo (em seu caráter histórico, sempre incompleto, refeito recomeçado); contraditória por envolver relação de poder (domínio de um lado, condução do outro, sujeição de dominados, liderança de aliados).

A sina da hegemonia, portanto, é conviver com o reverso necessário da resistência e da contra-hegemonia. É na contradição que se instala o devir e a perspectiva da "catarse" gramsciana, como salienta COUTINHO¹⁰⁵: nenhuma Sociedade se coloca tarefas para cuja solução não existam, já, ou em vias de aparecimento, as condições necessárias e suficientes; não por imposição mecânica, da economia sobre a política, mas condicionando o âmbito das alternativas que se colocam à ação do sujeito.

101BOBBIO, Op. cit., p. 50. Em Marx e Engels, sociedade sem classes; em Gramsci, Sociedade civil com sociedade política/Sociedade civil sem sociedade política.

102LUZ, Madel Terezinha. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Gral, 1986. p. 26 e ss. A autora refere-se, portanto, às instituições médicas em particular, como as grandes indústrias e laboratórios multinacionais, nacionais, e respectivos modelos de reprodução social.

103POULANTZAS, N. Op. cit., p. 42: "As relações de poder, como é o caso da divisão social do trabalho e da luta de classes, ultrapassam de muito o Estado"... "mesmo que concebido de maneira ampla"(p. 174).

104Op. cit., p. 42.

105COUTINHO, C.N. Op. cit., p. 57.

Esta é a linha da teoria relacional de poder, desenvolvida por Foucault e também sublinhada por POULANTZAS¹⁰⁶: o poder não é algo que se adquire, subtrai, divide, deixe escapar; não é uma instituição, estrutura ou capacidade de que somos dotados: é o nome, palavras de Foucault, que se dá a uma situação estratégica complexa numa determinada sociedade. "Aí onde há poder, há resistência e no entanto, ou até por isso mesmo, ela não está jamais em posição de exterioridade em relação ao poder"¹⁰⁷.

POULANTZAS¹⁰⁸ acrescenta: "os interesses de classe designam o horizonte de ação de cada classe em relação às outras"; "a capacidade de uma classe em realizar seus interesses está em oposição à capacidade (e interesses) de outras classes: o *campo do poder é portanto estritamente relacional*"; "o poder de uma classe significa de início seu lugar objetivo nas relações econômicas, políticas e ideológicas"; "o lugar de cada classe, portanto seu poder, é delimitado, ou seja, ao mesmo tempo designado e delimitado, pelo lugar das outras classes".

Aí está: dentro desse campo estratégico de forças, o Estado guarda uma *autonomia relativa* em relação ao "bloco no poder" e esta capacidade ou poder de contrariá-lo, ainda que provisoriamente, é reflexo da "parcela" de poder real dos segmentos dominados. O compromisso do Estado é com a reprodução do todo, da universalidade, e não apenas do seu segmento hegemônico¹⁰⁹.

Ora, isto não quer dizer que "não existam projetos políticos coerentes por parte dos representantes e do pessoal político das classes dominantes" ou

106POULANTZAS, N. Op. cit., 167 e ss. Poulantzas ironiza: "Alguns de nós não esperaram Foucault para propor análises do poder com as quais, em alguns pontos, suas análises coincidem agora, o que só é motivo de júbilo".

107Idem, p. 168, citando Foucault.

108Idem, loc. cit.

109O conceito de Estado de POULANTZAS, assim, é este: "o Estado, no caso capitalista, não deve ser considerado como uma entidade intrínseca mas, como aliás é o caso do *capital*, como uma relação, mais exatamente como a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, tal como ele expressa, de maneira sempre específica, no seio do Estado". Op. cit., p. 147.

que a "burocracia do Estado" não desempenhe um papel próprio "na orientação da política do Estado", acrescenta POULANTZAS¹¹⁰.

A questão é: as contradições no seio do bloco no poder, e que se estendem, atravessam todos os ramos e aparelhos do Estado, e as próprias instituições e organismos intermediários. E o que importa é concluir que: a coerência e a implementação de tais projetos dependerão, em última análise, do poder de articulação política da maioria interessada.

Por isto, a importância da Democracia.

1.5.2 - Conceito e espectro da democracia

Estado democrático é aquele em que o próprio povo governa; tem suas raízes teóricas no século XVIII, "implicando a afirmação de certos valores fundamentais da pessoa humana, bem como a exigência de organização e funcionamento do Estado tendo em vista a proteção daqueles valores"¹¹¹.

BOBBIO¹¹² considera a democracia como "caracterizada por um conjunto de regras (primárias ou fundamentais) que estabelecem *quem* está autorizado a tomar as decisões coletivas e com quais *procedimentos*".

A onicracia, como governo de todos, é um ideal limite: as decisões vinculatórias para todo o grupo social são tomadas, na verdade, por indivíduos - "um, poucos, muitos, todos", donde, para serem aceitas como decisões coletivas, necessitam de "certas regras"¹¹³.

Os protagonistas da vida política, numa sociedade democrática e pluralista, são os grupos e não os indivíduos, diz BOBBIO¹¹⁴, e a democracia exerce-se entre "grupos contrapostos e concorrentes".

¹¹⁰Idem, p. 156.

¹¹¹DALLARI, D. de A. Op. cit. p. 123 e ss.

¹¹²BOBBIO, N. *O futuro da democracia*. Trad. de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p.18.

¹¹³Idem.

¹¹⁴Idem, p. 23.

Por outro lado, acrescenta que os Estados cresceram, as populações aumentaram e a democracia representativa, tornou-se o modelo usual. Seria o caso de substituí-lo pela democracia direta? Na verdade, pensa BOBBIO que ambos os sistemas devem ser conciliados e utilizados, com todas as figuras intermediárias que podem ser identificadas entre uma forma pura e outra. O que se verifica é que as formas tradicionais ocupam novos espaços, "até agora dominados por organizações do tipo hierárquico ou burocrático"¹¹⁵.

O novo modelo de Vigilância Sanitária, proposto pelo Sistema Único de Saúde tem essa natureza? Parece que sim.

Aquela racionalidade administrativa, baseada na lei (geral e abstrata, baixada pelo Poder Legislativo), e amparada na crença da legitimidade, que Max Weber visualizou numa economia de mercado concorrencial, diz GOZZI¹¹⁶, transformou-se com a mudança das relações Estado-Economia.

O capital industrial exige manobras financeiras que não se coadunam com uma legislação estável e duradoura. O progressivo aumento da complexidade do processo de produção, por outro lado, desestabiliza o Estado nos planos fiscal, social e político: obrigado a investir, crescentemente, na reprodução do sistema produtivo (em ciência, tecnologia, infra-estrutura, qualificação), ele privilegia o setor econômico mais desenvolvido, aumenta a despesa pública, acumula o déficit social, gera uma crise fiscal e fica exposto ao questionamento em termos de legitimidade.

O problema, "devido à incapacidade de coordenar todos os interesses do complexo social"¹¹⁷ leva o Estado, exatamente, a buscar o equilíbrio numa crescente "integração" com a Sociedade Civil. A mudança, no plano político, tende a imprimir uma nova racionalidade administrativa, pela politização da

¹¹⁵Idem, p. 55.

¹¹⁶Op. cit., p. 401 e ss.

¹¹⁷Idem, p. 407.

Administração Pública. A ela, Administração Pública, incumbe em grande parte a tarefa de assegurar a legitimação da decisão política.

O Sistema Único de Saúde, ao que parece, é um exemplo bem típico: cria-se ou confere-se uma relativa autonomia a um microssistema específico, com um modelo e instrumentos administrativos próprios, descentralizado e com participação "da comunidade"; e este sistema, pleno de legitimidade na sua dinâmica interna, passa a atuar como bloco, disputando recursos e espaço político frente aos demais interesses do complexo estatal.

A Vigilância Sanitária é um subsistema da Saúde Pública, e como tal, recebe também, nesse contexto, na sua especificidade de polícia sanitária, o seu batismo de mudança. Por isso é um campo privilegiado de observação e discussão.

O próximo capítulo, adentrando a parte específica do objeto do presente trabalho, trata do panorama histórico, tanto do sistema de Saúde, em geral, como do subsistema da Vigilância Sanitária, em particular.

2. SAÚDE PÚBLICA E VIGILÂNCIA SANITÁRIA: PANORAMAS HISTÓRICO E DOGMÁTICO

Para desestabilizar o Estado e transformar o aparelho administrativo, na forma que se expôs no capítulo anterior, a questão social tem um campo muito especial e agudo de expressão, que é a Saúde Pública.¹ De braços dados com o progresso científico e a própria reprodução do sistema produtivo, a Saúde ganha, por um lado, a dimensão ética e jurídica (como direito de todos os

¹Adota-se o seguinte conceito de Saúde Pública: "É a ciência e a arte de prevenir as enfermidades, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência, mediante o esforço organizado da comunidade para: a) o saneamento do meio-ambiente; b) o controle das doenças transmissíveis; c) a educação dos indivíduos na higiene pessoal; d) a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de enfermidades; e) o desenvolvimento de um mecanismo social que assegure a cada um nível de vida adequado para a conservação da saúde, organizando estes benefícios de tal modo que cada cidadão se encontre em condições de gozar de seu direito natural à saúde e à longevidade" (WINSLOW, apud ACOSTA, Ruth T. Kehrig. *Aspectos de la operacionalización de la política de salud del Estado de Santa Catarina (BRASIL), a nivel del DSP (Departamento Autónomo de Saúde Pública)*. Santiago, Universidade do Chile, 1983. 232p. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. p. 7). Esta definição é elogiada por HANLON, John J. *Principios de administracion sanitaria*. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1963. p.5).

Quanto ao conceito de Saúde, para a OMS é o "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença". V. SINGER, Paul, CAMPOS, Osvaldo, OLIVEIRA, E.M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense, Universitária, 1981. p. 68. Mas o conceito tem também uma dimensão sociológica e histórica, reunindo, conforme PASOLD, Cesar Luiz. *Da função social do Estado contemporâneo ao estudo político e jurídico de um de seus segmentos: a saúde pública*. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1983. Tese de Doutorado. p. 104, os seguintes elementos: "a) as três dimensões do ser humano: física, psíquica e social; b) os aspectos sociais, culturais, econômicos, políticos e ecológicos, além de anatômicos, fisiológicos e patológicos; c) a saúde como uma qualidade dinâmica da vida e não como uma entidade estática". Nesta linha parece encaminhar-se o conceito ampliado e atualizado do legislador, mencionado no capítulo seguinte (nº 3.2.4).

cidadãos), e por outro lado, afirma uma faceta policial, de que são expressões típicas a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária.

Todavia, esse "impressionante edifício de serviços sociais", para usar a expressão de ROSEN², que constitui hoje o aparato público de promoção e manutenção da saúde, é uma realidade muito recente na política até dos Estados europeus. No plano teórico era aspiração desde a época mercantilista, que não vingava "por falta de conhecimento e de mecanismos administrativos"³.

A revolução industrial e o iluminismo, em oitenta anos, entre 1750 e 1830, lançaram as fundações do movimento sanitário, mas este só lograria impor-se no fim do século XIX. Foi necessária antes a presença de uma administração centralizada, como a do Estado Moderno, capaz de impor medidas uniformes a todas as cidades; e o triunfo do seu objetivo viria a cavaleiro dos progressos científicos, especialmente, a bacteriologia, a partir do final do século XIX e inícios deste que agora está por terminar⁴.

A idéia de "polícia médica", com o significado de "política médica pelo governo e sua efetivação por meio de regulação administrativa"⁵, já havia surgido com Wolfgang Thomas Rau (1721-1772), em 1764, na Alemanha. De 1779 a 1817, seu conterrâneo (Johann Peter Frank (1748-1821), conhecido como pioneiro da saúde pública, publicou, em 6 volumes, um plano das principais idéias para um código sanitário, idéia adotada por Franz Anton Mai, que em 1800 apresentaria um esboço de código de saúde ao governo de um pequeno Estado da Alemanha (o Palatinado)⁶.

²ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. Trad. de Marcos Fernandes da Silva Moreira et al. São Paulo: Unesp, 1994. p. 133.

³Idem.

⁴Idem, p. 99, 133 e 248.

⁵Idem, p. 134.

⁶O código do doutor Frank abrangia a vida inteira do indivíduo: casamento, gestação, saúde da criança, higiene do alimento, da roupa, da recreação e da moradia, acidentes, estatísticas, doenças venéreas, epidêmicas e comunicáveis, enfim, tudo o que poderia interessar a um código de saúde. A idéia da codificação não vingou, então, segundo ROSEN. Idem, p. 136, por causa das condições políticas, alarmes e guerras, "e da ineficiência do governo, nos Estados germânicos, no início do século XIX".

Revela-se, portanto, desde logo o caráter administrativo e legal dos princípios de saúde pública, ao lado da imposição dos respectivos serviços de natureza curativa e assistencial. O uso da saúde pública, como instrumento de repressão, também se manifestou, e com precocidade: no século XVIII, os reformadores ingleses, para combater o tráfico de gim, utilizaram "pressão organizada contra o Parlamento", em verdadeira campanha "em favor da saúde pública"⁷.

No Brasil, o país que ainda não teve um *welfare state*, conforme citação de Merquior linhas atrás, a Saúde Pública tem uma história de muita luta e pouco resultado.

2.1 - Resenha dos principais episódios jurídico-legais da Saúde Pública no Brasil

RIBEIRO⁸ estudou a Saúde Pública sob o pano de fundo do desenvolvimento do capitalismo, com foco na realidade paulista de 1880-1930, e batizou-a com a expressão extremamente significativa de *História sem fim...* Um problema que nunca tem solução definitiva.

LUZ⁹ abordou-a sob o prisma do Poder e das Instituições Médicas (públicas e privadas), verdadeiros "modos de poder de um modo de produção social"¹⁰, tendo como campo de observação o período de 1960-1974, na realidade brasileira. Através de contradições e ambigüidades, comprova-se a marcha sempre segura de afirmação de uma hegemonia centrada em um conjunto de instituições médicas, seus saberes e suas práticas. Da pesquisa às

⁷Idem, p. 118.

⁸RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim...inventário da saúde pública. São Paulo 1880-1930*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

⁹LUZ, Madel Terezinha. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

¹⁰DONNANGELO, Maria Cecília. Apresentação. In: LUZ, M.T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1986

inovações tecnológicas; do ensino oficial à propaganda nos meios de comunicação de massa; do modelo de atendimento centrado no ato médico ao consumo de medicamentos industrializados e patenteados; da realidade político-institucional e administrativa do setor público de saúde à realidade dos interesses privados, impõe-se acima de tudo a lógica do sistema produtivo, contra uma permanente, quase inglória e salutar resistência de uma consciência ética da sociedade.

Por outro lado, DIAS¹¹, na VI Conferência Nacional de Saúde, em 1977, enfocou o aspecto jurídico-administrativo do setor saúde na época, imprimindo um destaque particular ao lado coercitivo das ações de saúde e seus instrumentos legais.

PASOLD¹², por outro turno, apresenta extensa e completa resenha dos principais textos legais de interesse da Saúde, desde o Brasil Colônia até o início dos anos 80, a importantíssima década em que a Constituinte daria respaldo, enfim, ao triunfante discurso da institucionalização do Sistema Único de Saúde.

Com base nas informações desses autores pode-se reconstituir ou traçar um perfil da trajetória da Saúde Pública no Brasil, até o SUS, a Lei 8.080/90 e a nova Vigilância Sanitária dos nossos dias.

2.1.1 - Do Império aos dias recentes

No Império, sem falar no inexpressivo período colonial, pouca coisa merece registro em relação à Saúde Pública. As posturas municipais, muito

11DIAS, Hélio Pereira. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos, aprovados pelo governo federal, em matéria de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL de SAÚDE, 6, Brasília, 1-5 ago. 1977. *Anais...* Brasília, Ministério da Saúde, 1977. p. 103-136. V. também, DIAS, Hélio Pereira. *Direito de saúde*. Rio de Janeiro: Fundação SESP, 1979.

12PASOLD, Cesar Luiz. *Da função social do Estado Contemporâneo ao estudo político e jurídico de um de seus segmentos: a saúde pública*. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1983. Tese de Doutorado em Direito. p. 123-165.

vagas e restritas às cidades, permaneceram solitárias e inoperantes. As primeiras normas de saúde pública parecem ter sido ditadas muito mais pelos interesses internacionais: em 1829 é aprovado o Regulamento da Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro e em 1889 o Dec. 10.319 promulga Convenção Sanitária entre Brasil, Argentina e Uruguai, fazendo anexar interessante regimento sanitário internacional. Em 1851, por Portaria do Ministro dos Negócios do Império (e respectivo Regulamento, aprovado pelo Dec. 828, de setembro de 1851), o Governo Imperial baixava normas sanitárias de caráter mais abrangente, dispondo sobre *empregados da repartição de saúde pública, polícia sanitária, exercício da medicina e inspeção de saúde de portos*, tudo sob a direção e execução da Junta de Higiene Pública¹³.

Com a República, em 1890 são estruturados a Inspetoria Geral de Higiene e o Conselho de Saúde Pública (Dec. 169, de 1890). Em seguida, a Constituição de 1891 comete a saúde pública aos Estados, mantendo com a União a *estatística demográfico-sanitária* e a fiscalização da medicina e da farmácia. Os Estados-Membros logo criam os seus códigos sanitários. O de São Paulo aparece em 1894, contendo 520 artigos.

As primeiras décadas do século XX testemunham a formação e as transformações do mercado de trabalho: surtos intensivos de imigração, urbanização rápida e desordenada, deterioração das condições de vida e gravíssimos problemas de saúde pública. Problemas que surgem em torno da cultura cafeeira, que traz consigo a urbanização, que por sua vez, em face da ampliação de mercados, conduz à diversificação das atividades produtivas, fato que, por seu turno, acelera ainda mais a própria urbanização.

A revolução pasteuriana (Louis Pasteur, 1822-1895), provando que as doenças infecciosas eram causadas por germes e realizando conquistas

¹³PASOLD, op. cit., p. 129-130.

inimagináveis no campo da imunologia, arma a Saúde Pública brasileira com certezas científicas que a tornam extremamente autoritária, em certos momentos. O episódio mais marcante foi o saneamento do Porto do Rio de Janeiro e o respectivo projeto de reurbanização da cidade, no início do século XX, por conta dos quais, em defesa da saúde (e dos interesses econômicos) exterminaram-se vetores, demoliram-se cortiços e removeram-se pobres (para os arrabaldes)¹⁴.

O extermínio das febres suscitou intensa atividade legislativa, chegando a ser criado, no Distrito Federal, o Juízo dos Feitos da Saúde Pública, incumbido do processo e julgamento de causas nas quais a saúde pública pudesse ser interessada (cobrança de multas ou taxas sanitárias, crimes e contravenções de higiene e salubridade públicas), conforme Dec. 5.156/1904, art. 279¹⁵.

O polo mais avançado do País, ao lado do Rio de Janeiro, era São Paulo. O processo de urbanização obrigou este último a reformar o seu código sanitário, em 1911. Uma das preocupações básicas era precisar as áreas de atuação do Estado e do Município. Assim, coube ao Município o policiamento sanitário das habitações e da água, o saneamento básico, os serviços de limpeza pública e calçamento, a fiscalização de fábricas, oficinas, estabelecimentos industriais e comerciais, matadouros e comércio de alimentos em geral. O Estado fiscalizaria as atividades dos Municípios, poderia intervir nos surtos epidêmicos e exercer diretamente a fiscalização de farmácias e drogarias e exercício profissional de medicina, farmácia, obstetrícia e odontologia¹⁶.

14V. SEVCENKO, Nicolau. *A revolta da vacina*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

15V. PASOLD, op. cit. p. 133. O Dec. 5.156/1904 aprova o Regulamento dos serviços sanitários a cargo da União, e faz referência, "ao que sabemos, pela primeira vez em nossa legislação" à confecção de um código sanitário. O referido Decreto é acompanhado, no mesmo ano, da Lei nº 1.261, que torna obrigatória a vacinação contra a varíola em todo o País.

16RIBEIRO, op. cit., p. 111.

O embrião da legislação trabalhista já se manifestava na legislação sanitária, embora restringida aos operários de fábricas¹⁷.

Até a década de 20 não se observa, portanto, clara definição da política de saúde do Estado, mas preocupações isoladas, ora com uma doença, ora com outra (febre amarela, varíola, lepra, gripe espanhola, tracoma, por exemplo). A injunção é autoritária, prevendo os códigos, de maneira geral, o livre acesso da autoridade a quaisquer locais, notadamente para ataque aos vetores.

O combate às endemias urbanas e rurais, nesse período, ganha um poderoso aliado internacional que é a Fundação Rockefeller, instituída em 1901, nos Estados Unidos, para combater as moléstias ditas debilitantes, nas zonas urbanas e terrestres (do Sul, atrasado, daquele País, inicialmente). Em 1902, foi instituída, também, a sua co-irmã, a Oficina Sanitária Panamericana - OSP, encarregada do saneamento dos portos e do regulamento da quarentena, uniformizando-a no mundo inteiro. Nos anos seguintes, essas instituições expandiram suas atividades à América Central, Caribe e América Latina.

No Brasil, a interiorização e a extração de matérias-primas, notadamente a borracha, levou aquelas instituições e seus interesses a uma sólida aliança com as autoridades de saúde, na luta para erradicar as doenças provocadas pelo meio hostil. A influência dessas instituições estrangeiras foi tão forte que a Fundação Rockefeller fez criar a cadeira de Higiene na Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1918, tarefa complementada pelo financiamento de estágios para médicos na Universidade John Hopkins, em Baltimore, profissionais que seriam futuros propagandistas e divulgadores de tais saberes.

Após a Primeira Guerra, acentua-se a hegemonia norte-americana e São Paulo emerge como polo industrial, superando o Rio de Janeiro.

¹⁷ Idem, p. 112.

Aos poucos, vão-se desenhando as instituições que ganhariam importância no correr do século. Em 1919, o Dec. 3.724 dispõe sobre indenização por acidente e moléstia do trabalho. Em 1921, com a reforma Carlos Chagas (Dec. 15.003), que pela vez primeira oficializa e dá organização às prioridades em atenção médica, torna-se possível a expansão estatal dos serviços de atenção curativa. Logo surgem as caixas de aposentadorias e pensões dos ferroviários e de outras empresas, cuja estatização, em 1923, pela Lei Elói Chaves, daria origem aos Institutos de Aposentadoria e Pensões.

Amplia-se, portanto, o grau de decisão e interferência do Estado e é então criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, para atuar nas áreas de saneamento urbano e rural, higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil. Estas transformações, destaca LUZ¹⁸, estão dentro do quadro de reformas das décadas de 20 e 30, que ao ampliarem benefícios sociais trazem a interferência coercitiva do Estado para implantá-las e executá-las.

No plano do discurso, começa a mudar a concepção da política de saúde, cujo ponto central passa a ser a educação sanitária. É o que ocorre em São Paulo, com a reforma sanitária Paula Batista, de 1925 (Dec. 3.876, de 11 de julho)¹⁹. A base da reforma são os centros de saúde, modelo americano difundido pela Escola de Higiene de São Paulo e pela Fundação Rockefeller, sob influência, enfim, da Universidade John Hopkins.

Neste contexto, começa a ser crescente a especialização das funções de policiamento, surgindo, em São Paulo, inspetorias de trabalho industrial, de domicílios, de alimentos, do exercício profissional (medicina, farmácia e arte dentária), e de verificação de óbitos, abrangendo atividades cada vez mais complexas.

¹⁸LUZ, op. cit., p. 57.

¹⁹RIBEIRO, op. cit. p. 246.

Em 1930, as atividades de saúde passam do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o recém criado Ministério da Educação e Saúde, em torno do qual girariam as reformulações e ampliações das organizações estatais de saúde, na década de 40. É desse período, 1942, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, que representa significativa ampliação da ação médico-sanitária no Brasil.

A partir de 30 e do Estado Novo, afirma LUZ²⁰, cada vez mais a forma de aparelho se impõe como resposta às reivindicações dos movimentos sociais: "Resposta de um sistema de poder que tentará a realização do processo de industrialização da sociedade brasileira com o mínimo de transformações sociais que impliquem em repartição da riqueza ou das decisões".

Ou seja, o Estado, concentrando decisão, através dos seus aparelhos, mantém as condições de vida estruturalmente intocadas, mas concede o lenimento da pensão e da assistência médica. Permanece a subnutrição, mas a tuberculose é combatida com remédios.

Em 1953, como reflexo direto do desenvolvimento e da importância do setor, surge o Ministério da Saúde, desmembrado do Ministério da Educação e Saúde (Lei nº 1920).

Momento marcante, em seguida, é a Lei 2.312, de 1954, estabelecendo normas gerais sobre defesa e proteção da saúde - dever do Estado e da Família -, inclusive e especialmente sobre Vigilância Sanitária. Foi regulamentada pelo Dec. 49.974-A, de 1961, denominado e conhecido como "Código Nacional de Saúde".

Nos últimos anos da década de 50, até 1960, o Serviço Especial de Saúde- SESP (instituído pelo DL 4.275, de 17 de abril de 1942), de inspiração norte-americana, suscita discussão e crítica, em função do método de trabalho

20 Op. cit., p. 57, com apoio em Florestan Fernandes.

por *unidades sanitárias*, implantadas nas regiões endêmicas e epidêmicas do interior do País. A acusação, por parte dos "portadores de um discurso médico sanitaria desenvolvimentista"²¹, era de serem os seus esquemas de trabalho calcados em outros países, sem levar em conta a realidade nacional. Todavia, o SESP veio a ser consolidado como Fundação SESP, vinculada ao Ministério da Saúde (Lei 3.750, de 11 de abril de 1960), o que representou o triunfo de uma força institucional e de um discurso sanitaria "centrado na eficácia administrativa e em tecnologia sanitaria modernizante"²², que o SESP, então, encarnava.

Em 1960 é aprovada a Lei Orgânica da Previdência, nº 3.807 (excluía os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e os servidores públicos) e em 1963, o Estatuto do Trabalhador Rural, sendo criado o Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL, que somente em 1970 alcança condições materiais (econômicas e políticas). É a Lei Complementar nº 11, de 1971, que institui o Pró-Rural e define o FUNRURAL como gestor do programa. Este (o FUNRURAL), entretanto, não prestará a assistência diretamente e sim através de terceiros, mediante convênios.

Com o início dos governos militares, surgem Decretos (v.g., Dec. nº 58.981 e 51.982, de 3 de março de 1966) autorizando vultosos créditos em favor de empresas francesas, alemãs, holandesas e norte-americanas, para a aquisição, pelo Brasil, de material hospitalar. O episódio, objeto de enfáticos pronunciamentos oficiais, assinala, a partir de 1964, "a ascensão à dominância do discurso privatista na saúde"²³.

Já sob o regime militar, em 1966 o DL 73 dispõe sobre o seguro saúde privado e em 1967 surge outro marco da maior relevância histórica: o DL 200, implantando a Reforma Administrativa Federal.

21V. LUZ, op. cit., p. 93.

22Idem, p. 94.

23V. LUZ, op. cit., p. 97. A propósito, a Lei nº 5.142, de 20 de outubro de 1966, chegou a conceder isenção de tributos à importação de aparelhos e equipamentos médico-hospitalares.

Com a reforma há uma redefinição das competências dos Ministérios frente à saúde. No art. 37, o DL fixa as competências do Ministério da Saúde e no art. 156 subordina a assistência médica da Previdência Social à política nacional de saúde (da alçada, por seu turno, do Ministério da Saúde).

No ano seguinte, com o Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde, o Governo assume a dicotomia: medidas coletivas com o Ministério da Saúde e atenção médica curativa conveniada com o setor privado, através do INPS, criado em 1967.

Ainda em 1967, o DL 209 institui o Código Brasileiro de Alimentos, seguido logo depois do DL 212, atinente à polícia e à higiene da alimentação. Começava a ruir o Código Nacional de Saúde, que seria, paulatinamente, derogado por uma série de Decretos-Leis e leis esparsas. Em agosto de 1969, surgiria o DL 785, que passaria a reger o importante capítulo das infrações, penalidades e respectivo processo administrativo sanitário. O próprio DL 209/67 seria revogado pelo DL 986, de 21 de outubro do mesmo ano; as drogas e medicamentos passariam a ser reguladas pelas leis 5.991/73 e 6.360/76; a parte de bebidas, pela Lei nº 5.823, de 14 de novembro de 1972 e a Vigilância Epidemiológica, pela Lei 6.259/75 e respectivo Decreto regulamentar nº 78.231/76.

O DL 785 seria revogado pela Lei 6437/77, que é hoje o texto federal em vigor, atinente a infrações, penalidades e processo administrativo de apuração das infrações sanitárias de âmbito federal.

A partir de 1970, com os Planos Nacionais de Desenvolvimento (Lei 5.727/71, o primeiro, Lei 6.151/74, o segundo e Res.nº 1/79, do Congresso Nacional, o terceiro), tem-se a primeira tentativa no sentido de integração total das ações de saúde, assim como a concepção integrada de sistema, de cooperação interinstitucional e intersetorial, sob a coordenação do Ministério da Saúde. A criação do Instituto Nacional de Alimentação-INAN (Lei

5.829/72), envolvendo saúde e educação, foi uma iniciativa concreta nesse rumo.

Em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, desmembrado pela Lei 6.062 do então Ministério do Trabalho e Previdência Social, logo contemplado pelo Dec. 74.254/74, que comete à pasta toda previdência e assistencial social²⁴, com o que se concretizou, de forma indiscutível, a hegemonia da Previdência Social no setor saúde. Ou seja, a partir de 1975, com o INPS e o INAMPS, a dominância da assistência médica sobre a Saúde Pública acentua-se de forma praticamente cabal. O INAMPS pretende cobertura universal da atenção médica, ideologia esta que tem relações com o sistema produtivo, em particular a indústria de medicamentos e de equipamentos hospitalares, e que exige uma organização política adequada. Em torno de 90% dos recursos do INPS são empregados através do setor privado, e destes, 80% com hospitalizações. Isto requeria coordenação interinstitucional, regionalização, hierarquia e coordenação dos serviços e predominância para a *atenção primária*, menos sofisticada que a hospitalar hegemônica²⁵.

A tendência dominante das instituições médicas, centrada na assistência médica, revela-se cada vez mais em torno da organização da prática médica em termos estatais, com estrutura monopolizante; e de outro lado, o predomínio da "grande empresa" (pública ou privada, nacional e multinacional). A figura tradicional do médico da família, do bairro, muito respeitado, estimado e bem remunerado, vai desaparecendo; cresce a especialização e o número de médicos assalariados. A farmácia da esquina, abastecida por representantes dos grandes laboratórios, não é nem a sombra da antiga botica e seu farmacêutico.

24V. PASOLD, op. cit., p. 151.

25LUZ, op. cit., p. 59.

A idéia de organização sistêmica dá um novo e decisivo passo com a Lei nº 6.229, de 1975, que estabelece o Sistema Nacional de Saúde, compreendido, nos termos do art. 1º, como o complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da promoção, proteção e recuperação da saúde. Eram previstas e fixadas as áreas pertinentes de atuação de cada Ministério, assim como o papel das demais entidades políticas da Federação, de conformidade com as novas diretrizes. O caráter centralizador, ao sabor do momento e da necessidade históricos, a desconsideração da realidade federativa, em favor da União, são visíveis. E de concreto, em termos de resultado, pouco poderia ser conseguido²⁶.

Na esteira, o Dec. 77.077/76 aprova a Consolidação das Leis da Previdência Social e o Dec. 79.056, do mesmo ano, dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde, na linha do DL 200/67 e da Lei 6.229/75, com duas referências importantes, omitidas na Lei: participação da comunidade (art. 1º) e Fundo Nacional de Saúde (art. 18). A criação desse Fundo fora autorizada pelo DL 701, de 24 de julho de 1969, para ser instituído pelo Dec. 64.867/69 e alterado pelo Dec. 66.162/70, vinculado à "finalidade de prover, supletivamente, os programas de trabalho relacionados com a saúde pública, coordenados ou desenvolvidos pelo Ministério da Saúde"²⁷.

Esses dois novos componentes, Participação da Comunidade e Fundo de Saúde, iriam constituir-se mais tarde, no SUS, em figuras importantíssimas.

Em 1977, a Lei 6.439 institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social-SINPAS, reorganizando o setor conforme atividades finalísticas atribuídas aos seus órgãos. Cria o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social- INAMPS, para prestar serviços a trabalhadores urbanos e rurais, servidores públicos e população carente. Além do INAMPS, integram o sistema o Instituto Nacional de Previdência Social-INPS, o

26V. PASOLD, op. cit., p. 176 e ss.

27V. PASOLD, op. cit., p. 154.

Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social-IAPAS, a Fundação da Legião Brasileira de Assistência-LBA, a Fundação do Bem Estar do Menor-FUNABEM, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social-DATAPREV e a Central de Medicamentos-CEME. Na verdade, é um reordenamento institucional, mas não ainda um sistema nacional, nos moldes da atual Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90. Avançava-se, porém, nessa direção.

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela OMS e realizada em Alma-Ata, na então União Soviética, exerceria uma grande influência no discurso oficial e nos debates de Saúde. A Declaração de Alma-Ata fixaria as prioridades a serem atendidas pelos Estados, "para que suas populações atinjam um nível de saúde que possibilite uma vida produtiva"²⁸.

A "chave" para alcançar esse objetivo, mesmo entre os Estados menos desenvolvidos, seriam os *cuidados primários de saúde*, ou seja, aqueles considerados essenciais e que: "*Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham*"²⁹.

A perseguição deste objetivo deveria envolver outros setores sociais e econômicos; participação comunitária e individual na organização dos serviços primários; incorporação destes serviços aos planos nacionais de desenvolvimento; adaptação da administração geral para apoiar tal coordenação; descentralização da organização sanitária, "dando aos níveis intermediários e local competência, poder e rendas suficientes", responsabilizando cada equipe por uma área determinada; apoio e estímulo "a

28V. DALLARI, Sueli Gandolfi. *Municipalização dos serviços de saúde*. São Paulo: Brasiliense, 1985, p. 22 e ss.

29Idem, p. 23. Trata-se de citação textual da Declaração de Alma-Ata.

formas de financiamento não usuais, com a possível participação do seguro social e toda espécie de recurso disponível no nível local"³⁰.

Esta era, portanto, a orientação internacional, apontando no sentido daquilo que viria a ser o ideário da Reforma Sanitária brasileira, a partir de meados da década seguinte.

De qualquer maneira, uma triagem de documentos oficiais, relativa ao período 60-74, realizado por LUZ³¹, revela diversas categorias discursivas, que formam um elenco temático bastante significativo aos rumos da política de saúde, a saber: *endemias* ("flagelo social"); *interiorização* (da medicina); *generalização* (da medicina); *integração* (de atos médicos preventivos e curativos); *livre escolha* (do médico); *unificação* (da previdência); *racionalização* (da administração dos serviços de saúde); *descentralização* (dos serviços de Saúde Pública); *planejamento* (do setor saúde).

Vale dizer, o discurso de unificação e racionalização, planejamento, descentralização e participação popular fazia-se presente, ao lado do desenvolvimento das práticas de saúde.

Em termos efetivos, o que se tinha? Segundo RODRIGUEZ NETO³², tínhamos um sistema de saúde montado para "atender aos interesses daqueles que queriam comercializar a saúde, e não às necessidades da população. A assistência médica era prometida a quem tinha Carteira assinada e pagava a Previdência Social; os demais, ou integravam a categoria dos que podiam pagar, ou a dos indigentes ou "carentes", que não tinham nem uma nem outra das alternativas".

³⁰Idem, p. 23 e 24.

³¹LUZ. Op. cit., p. 76. A autora examinou os discursos e proposições de congressos, como conferência nacional de saúde, congresso brasileiro de higiene, congresso nacional de hospitais, assim como Planos e Programas, convênios e atos legais. As temáticas, de modo geral, "supõem um discurso médico".

³²RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Nordeste. *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: 1994. 95p. p.7-17.

Constatava-se um grande crescimento dos serviços médicos privados, especialmente hospitais, mal distribuídos, concentrados nas grandes cidades, contratados pelo INAMPS, ao passo que a rede pública, desprestigiada, piorava cada vez mais, embora fosse um período (meados da década de 70) em que a Previdência Social tinha recursos.

A forma de pagamento dos serviços privados, a falta de controle, a fraude e a corrupção levavam "a um sistema de saúde extremamente perverso, pois não só não respondia às necessidades de atendimento da população, como até agravava a sua saúde, na medida em que se fazia o que dava mais lucro, se internava mais do que o necessário e, principalmente, se deixava de gastar em ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, assim como em ações básicas de saúde e saneamento, campos tradicionais do Ministério da Saúde sempre pobre e de *pires na mão*"³³.

Ineficiente, desperdiçando recursos, com decisões centralizadas, vinculado ao nível federal (diretamente) e sem dar qualquer satisfação à população e às autoridades locais, o sistema estava voltado, basicamente, aos interesses do setor privado, que por seu turno também tinha muito do que reclamar.

Aguça-se a crise econômica, entretanto, seguem-se alterações de ordem política, e começa a se abrir espaço para a mudança. No plano estrutural, em 1981, o Dec. 86.329 cria o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária- CONASP, tendo por objetivo racionalizar o atendimento e a alocação dos recursos financeiros do setor. Esse Conselho, na esteira de experiências de reorganização anteriores, como o PIASS³⁴ propõe, em 1982, e o Ministro da Previdência e Assistência Social aprova (Portaria 3.062), o Plano de Reorientação à Saúde no Âmbito da Previdência Social-REV-

³³Idem.

³⁴PIASS- Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, dirigido para áreas rurais do Nordeste, apoiado pelo Ministério da Saúde, tentando envolver os níveis estadual, municipal e local. V. RODRIGUEZ NETO, loc. cit.

SAÚDE, iniciativa (que não saiu do papel) a que se seguiriam programas como o das Ações Integradas de Saúde e o do Sistema Único e Descentralizado de Saúde-SUDS, experiências que desembocariam na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e nos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte.

Em 1982, com efeito, o Governo, não suportando os gastos com o INAMPS, introduziu uma nova forma de pagamento do setor privado contratado: por diagnósticos (e não mais por atos); e ao mesmo tempo, celebrou convênios com os Estados e Municípios para utilizar suas redes ociosas, mediante repasse de recursos. Surgiam a AIH-Autorização de Internação Hospitalar e as AIS-Ações Integradas de Saúde³⁵.

Em termos imediatos, a AIH e seu novo sistema de contas hospitalares deu resultado e diminuiu as despesas com internações, pelo menos durante o tempo necessário para que a fraude fizesse, em contrapartida, o seu aprendizado e reciclagem.

As AIS, por seu turno, deram oportunidade à aproximação e articulação das instituições públicas de saúde, ensejando a criação das Comissões Interinstitucionais de Saúde-CIS e sua versão municipal (CIMS), semente dos Conselhos de Saúde e base do SUDS-Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, antecessor imediato do SUS-Sistema Único de Saúde.

Concluindo esta parte da exposição, pode-se afirmar, à vista do exposto até aqui, que a história da Saúde Pública, em nosso País, é, a par da luta pelo direito à saúde, a lenta construção de uma hegemonia, que vem desaguar no atual Sistema Único de Saúde. Quem fabrica equipamentos médicos, cada vez mais sofisticados, e produz medicamentos, cada vez mais diversificados e propagados, vê, enfim, institucionalizado o melhor modelo para sua

³⁵Santa Catarina desenvolveu experiência pioneira de Ações Integradas de Saúde no Município de Lages.

reprodução e expansão. É no "seu" contexto hegemônico que se travam ou se continuam as lutas em torno do "impressionante edifícios de serviços sociais".

O modelo estrutural tende a corresponder, em cada momento histórico e conjuntural, à realidade e às necessidades do sistema produtivo, refletindo na sua conformação última, entretanto, a correlação de forças que se tem, no plano político. A sua definição, numa ou noutra direção, é cercada de ferrenha disputa e obstinada resistência³⁶.

No plano político, a construção do Sistema Único de Saúde seria decisivamente marcado por um movimento de sanitaristas, conhecido pelo nome de Reforma Sanitária.

2.1.2 - A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde

Com a Constituição Federal de 1988, finalmente, instituiu-se o Sistema Único de Saúde-SUS e disso decorre a Lei 8.080/90, que revoga a Lei 6.229/75 e consagra a maior parte das reivindicações de reforma sanitária que vinham sendo até então propugnadas.

Desde o começo da década de 70 foram surgindo estudos e pesquisas que condenavam o modelo de desenvolvimento do País, sob ditadura militar, pois concentrava renda, não distribuía benefícios sociais e apresentava um sistema de saúde de má qualidade.

Coincidindo com o ressurgimento dos movimentos sociais, na área dos profissionais de saúde surgiu o **movimento sanitário**, "que utilizando aqueles estudos e pesquisas feitos nos anos anteriores, começa a denunciar os efeitos

³⁶A reforma sanitária italiana de 1978, só para citar um exemplo, foi precedida de 20 anos de lutas, e a sua sanção legal, apenas encaminha "o verdadeiro processo", como declara BERLINGUER, Giovanni. *Reforma sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1988. p. 2. "Agora", diz o citado autor, "se apresentam dificuldades, obstáculos e armadilhas mais consistentes e mais evidentes do que no passado"(idem).

do modelo econômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde então implantado"³⁷.

De articulação pluralista e supra-partidária, diz LACAZ³⁸, esse movimento foi-se ampliando e recebendo adesão de parlamentares, lideranças políticas, sindicais, populares, autoridades das instituições oficiais de saúde, e passou a apresentar propostas construtivas de reforma do sistema vigente.

"Assim," informa RODRIGUEZ NETO³⁹, "em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o **movimento**, representado pelo CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde que já se chamava, na época, **Sistema Único de Saúde**. Essa proposta, levando em conta experiências bem sucedidas em outros países, propunha, ao lado da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas e democrático, com participação popular".

Com a Nova República e a redemocratização do País, em 1985, o movimento intensificou-se, pugnando por uma reorientação do sistema de saúde brasileiro. As propostas foram levadas à 8a. Conferência Nacional de Saúde, reunida de 17 a 21 de março de 1986, na qual foram discutidos os temas: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial.

Sobre o tema Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, sintetizou o relatório: "A reestruturação do **Sistema Nacional de Saúde** deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a

³⁷RODRIGUEZ NETO, E. Op. cit., p. 9.

³⁸V. LACAZ, Francisco Antônio deCastro. Reforma Sanitária e saúde do trabalhador. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, nº 1/3, p.41-59, 1994.

³⁹Op. cit., p.9.

construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla **reforma sanitária**"⁴⁰.

A partir daí, essas propostas circulam como integrantes de um projeto denominado **Reforma Sanitária**, no sentido de democratização da saúde, entendida num conceito muito mais amplo, para envolver as condições de vida, além do acesso aos serviços de saúde, eficientes, eficazes e gratuitos, num sistema racional, público e participativo.

O próprio Ministério da Saúde assim define Reforma Sanitária: "É o nome dado ao conjunto de propostas que tem por objetivo mudanças nos aspectos que determinam o estado de saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, tais como: emprego, habitação, educação, alimentação, serviços de saúde, saneamento básico, etc. É também o nome dado ao Movimento que reúne parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares, além de profissionais de saúde, na luta pela melhoria da saúde do povo brasileiro"⁴¹.

Essas recomendações da Reforma Sanitária foram levadas à Assembléia Nacional Constituinte, em 1987, e prevaleceram sobre outras propostas, dando ao Sistema de saúde do Brasil a feição constitucional do Sistema Único de Saúde.

2.1.3 - A Constituição de 1988 e a Saúde

Na Constituição de 1988, a Saúde é incluída no Título da "Ordem Social", juntamente com a Previdência e a Assistência Social (art. 194)⁴², de cujo orçamento retira sua principal fonte de financiamento (art. 195 e 198,

40 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília, 17-21 mar. 1986. *Anais...* Brasília, Ministério da Saúde, 1987. p. 384. Grifos acrescentados.

41 V. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Nordeste. *Guia de referências para o controle social: Manual do Conselheiro*. Brasília, 1994. p.49.

42 "A Seguridade Social é o conjunto das ações de Saúde, Previdência Social (pensões, aposentadorias e outros benefícios financeiros) e Assistência Social. A idéia é que a Seguridade Social seja um conjunto de políticas e ações dirigidas à proteção social da população, com um financiamento comum". RODRIGUEZ NETO, E. Op. cit., p. 13.

parágrafo único) e tratada, especificamente, no art. 196 *usque* 200, refletindo e consagrando as teses do movimento sanitário e da reforma sanitária.

É reconhecida a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido não só pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, mas também mediante políticas sociais e econômicas direcionadas à redução do risco de doença e de outros agravos (art. 196).

As ações e serviços de saúde passam a ser considerados de relevância pública, no plano das leis, regulamentos, execução e controle (art. 197), e no plano físico passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, de que pode participar a iniciativa privada (art. 199), organizado de acordo com as diretrizes do art. 188:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Entre as competências do Sistema Único de Saúde, enunciou o constituinte:

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

II - executar as ações de **vigilância sanitária** e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (art. 200).

As ações de Vigilância Sanitária, como se pode observar, estão incluídas entre as competências da nova estrutura, com destaque para os aspectos de polícia de alimentos, bebidas, drogas, meio ambiente e saúde do trabalhador.

2.1.4 - O projeto de Lei Orgânica da Saúde em discussão

Após a Constituição, foram dois longos anos de discussão e pressão para que se aprovasse a Lei Orgânica da Saúde e se dessem os primeiros passos à implantação do SUS. A IX Conferência Nacional de Saúde, que deveria ser realizada em 1990, só seria convocada em 1992, e sua tônica, como se poderia imaginar, foi a exigência de pressa na efetiva implantação do novo sistema.

Em maio de 1989, a propósito da elaboração da legislação ordinária pós-constituente, na área da saúde, realizou-se o VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em Brasília, sob os auspícios da Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social da Câmara dos Deputados, com a presença de Ministros, parlamentares, técnicos e representantes dos mais variados segmentos interessados no SUS⁴³.

⁴³V. ANAIS DO SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 6, 1989, Brasília. Anais... Brasília: Câmara dos Deputados, 1990.

A preocupação básica era definir os papéis do Poder Público e da Sociedade no SUS, de acordo com as diretrizes e princípios da Constituição. "Mais do que simples mudanças administrativas", destacava o Coordenador Geral do evento, "haveremos de repensar o modelo de assistência à saúde voltado para a natureza e a qualidade dos serviços prestados à população"⁴⁴.

O Ministro da Previdência mostrava-se preocupado com as questões de caixa, o da Saúde destacava que a inclusão da saúde na Seguridade Social era a superação do conceito estreito e tradicional de seguro social, em que os serviços e benefícios ficavam limitados aos contribuintes inseridos no mercado de trabalho. O representante do CONASENS defendia a autonomia e a capacidade dos Municípios; a iniciativa privada, Casas de Misericórdia e Associação Médica Brasileira diziam não se opor à filosofia do SUS e sim aos desmandos de sua prática, ao desentrosamento das autoridades, aos atrasos de pagamento de serviços prestados, ao excesso de normas e ao não cumprimento da isonomia salarial prometida. O representante da Central Única dos Trabalhadores defendia o restabelecimento da socialização completa do setor saúde, a gratuidade dos serviços sob gestão e administração dos trabalhadores, em sistema a ser implantado depois de 5 anos, quando a rede pública fosse "suficiente e adequada", com a eliminação da participação privada no SUS.

Entre os debatedores estava SÉRGIO AROUCA⁴⁵, que frisava os pontos mais importantes do SUS, a começar pela insistência na adequação da política social ao modelo econômico: saúde não é só assistência médica e prevenção, mas é salário, casa, habitação, saneamento básico, reforma agrária. Adicionava preocupações com reforma universitária, desenvolvimento científico e tecnológico e investimento em recursos humanos. Insistia no

44ALCKMIN FILHO, Geraldo. Sessão de abertura. In: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 6, 1989, Brasília. *Anais...* Brasília: Câmara dos Deputados, 1990. 289p. p. 23.

45AROUCA, Sérgio (Expositor). Mesa redonda: SUS - função, organização e gestão. In: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 6, 1989, Brasília. *Anais...* Brasília: Câmara dos Deputados, 1990. 289p. p.36-44, 59-62. Tema: Sistema Único de Saúde.

controle social (efetiva participação da comunidade, mediante a criação de Conselhos Deliberativos e paritários, de usuários e comunidade organizada, em todas as esferas de governo). Salientava o aspecto ético, não só por parte da iniciativa privada, nas novas relações contratuais e prestações, mas também a dignidade humana a ser respeitada, e sobretudo, a reorganização do Estado que deveria voltar a ser público e não propriedade de poucos ou cabide de emprego. O SUS, sob comando único do Ministério da Saúde, deveria inserir-se nos movimentos sociais, a partir do Conselho Nacional de Saúde, com o máximo de competência técnica (na função de "zelador"), coordenando e adequando as políticas econômicas e sociais, sem que esta fosse "sobremesa" daquela, e sim o prato principal. O SUS não deveria ser sinônimo de estrutura única: "quem estiver dentro dele está submetido a uma orientação de política, de normas, de comportamento, de avaliação, de controle centralizado e único"⁴⁶.

O Sistema, enfim, continuava AROUCA⁴⁷, deveria ser descentralizado, democratizando o poder, mas sem cair no exagero de suprimir instâncias importantes como a do Estado e das regionais, pois que deveria refletir a realidade federativa. Defendia, enfim, um anteprojeto que não fosse corporativo: "o movimento não é de corporação"..."é de que cada setor ganhe a dimensão de um pensamento nacional, e, ao ganhar a dimensão do pensamento nacional, possa fazer uma lei que represente o que já está inserido na Constituição".

Em 1990, finalmente, a Lei Orgânica da Saúde seria aprovada, "após muita negociação do Ministério da Saúde com o movimento da Reforma Sanitária"⁴⁸.

46Idem, p. 40.

47Idem, p. 41.

48RODRIGUEZ NETO, E. Op. cit., p. 14.

Concluindo esta primeira etapa do presente capítulo, e antes de abordar especificamente a Vigilância Sanitária, existem duas opiniões importantes a destacar, a respeito do processo de elaboração do Sistema Único de Saúde.

CAMPOS⁴⁹ destaca que as medidas racionalizadoras do sistema de saúde, desde a década de cinquenta, alinham-se, embora sem caráter linear, numa continuidade, em novas bases a cada alteração político-administrativa, da mesma tendência "de estender a assistência médico-hospitalar por meio do financiamento estatal, segundo lógicas do mercado".

Por outro lado, TEIXEIRA⁵⁰ entende que, no caso, "diferentemente das reformas previdenciária, administrativa, tributária e do ensino universitário, a reforma sanitária não teve origem em uma proposta governamental". Mas reconhece: "Atualmente, existe um consenso quanto à incapacidade de as medidas reformistas adotadas alterarem o conteúdo da prática médica".

No bojo desse processo, sem qualquer destaque maior nas discussões e movimentos, estava a Vigilância Sanitária, subsistema da Saúde Pública; mas ela seria substancialmente marcada pelo documento mais importante do Sistema Único de Saúde, que seria a Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 1990. Para poder apreciar e analisar o contexto da Vigilância Sanitária na referida Lei, no próximo capítulo, cumpre delimitá-la agora no plano jurídico-administrativo ou dogmático.

49CAMPOS, GastãoWagner de Souza. A reforma sanitária necessária. In: BERLINGER, Giovanni. *Reforma sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1988. p. 179-184. A citação é da p. 180.

50TEIXEIRA, Sonia Fleury. O dilema da reforma sanitária brasileira. In: BERLINGUER, Giovanni. *Reforma sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1988. p. 195-207. As citações estão às p. 203 e 206.

2.2 - Panorama dogmático: a Vigilância Sanitária em destaque

2.2.1 - Introdução

O estudo descritivo da Vigilância Sanitária, no Ordenamento Jurídico brasileiro, exige algumas noções prévias. Não basta, simplesmente, conceituá-la e identificá-la com as funções de poder de polícia e polícia administrativa; ou mesmo, indicar-lhe as formas de atuação e os conteúdos principais que avultam no direito público. Tudo isto é imprescindível, mas o seu espectro estrutural é mais amplo.

Estudar a Vigilância Sanitária no plano dogmático importa em atentar para a forma de Estado e seus Poderes Políticos; em definir e caracterizar a Administração Pública e seus poderes administrativos. Depois disso é que se parte para o exame dos atos administrativos, seu controle pela Administração e pelo Judiciário, com as noções de jurisdição, processo e penalidades, o que não dispensa a base de direito constitucional: as garantias individuais e seu prolongamento através dos princípios informadores do direito administrativo. Em última análise, está em jogo, ou trata-se, do conflito permanente entre liberdade (do indivíduo) e autoridade (do Estado).

Cada um desses aspectos comporta desdobramentos específicos, e, no caso desta pesquisa, em que a sistematização obedece a um plano definido de acompanhamento diacrônico do instituto e sua evolução, cumpre ter em mente um verdadeiro arcabouço tipológico de temas e subtemas, sujeitos ou que permitem as inferências, comparações e conclusões.

2.2.2 - A Vigilância Sanitária e seu conceito: Administração Pública

Um conceito sintético e operacional de Vigilância Sanitária é o que consta do art. 6º, § 1º da LOS. Representa ela o conjunto de ações restritivas da liberdade e da propriedade, que visam prevenir, reduzir e eliminar riscos à saúde, decorrentes de problemas sanitários e bem assim, da produção e circulação de certos bens e serviços, capazes de influir, por sua natureza, direta ou indiretamente, na saúde das pessoas.

Trata-se de conceito que evoca e subentende a noção de um Poder Público. GAETANO MOSCA⁵¹ chama atenção para o fato de que a Administração Pública foi criação dos antigos impérios orientais, já nas primeiras experiências de unificação nacional. Consiste, basicamente, em agir, numa grande sociedade de modo que "a atividade empregada espontaneamente por cada indivíduo no seu próprio interesse aproveite igualmente a toda a coletividade, e isto com a menor coação possível - ao mesmo tempo que fornecendo obstáculo a qualquer forma de atividade individual contrária ao interesse geral".

Este desiderato em prol do interesse coletivo é alcançado mediante um aparelhamento preordenado, a Administração Pública, que segundo RIVERO⁵², é "a atividade por meio da qual as autoridades públicas provêm a satisfação das necessidades de interesse público, servindo-se, se for caso disso, das prerrogativas do poder público". Designa, a palavra, tanto a atividade em si, quanto o órgão que a exerce, pelo que se diz *material* no primeiro sentido e *orgânica*, no segundo⁵³.

51MOSCA, Gaetano. *História das doutrinas políticas*. Trad. de Marco Aurélio de Moura Matos. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980. p. 30.

52RIVERO, Jean. *Direito administrativo*. Trad. de Rogério Ehrhardt Soares. Coimbra: Almedina, 1981, p. 18.

53Idem, p. 13.

A Administração Pública, por sua vez, atua sob o comando político, e a iniciativa, do Governo. Aquela põe em prática as opções políticas deste último⁵⁴.

Todavia, Governo e Administração Pública possuem estrutura e regime jurídico a partir de uma organização mais ampla, que é o Estado.

2.2.3 - O Estado: poderes políticos e administrativos

Conforme visto no capítulo anterior, o Estado é a ordem jurídica soberana, com finalidade, objetivos, funções e estrutura fixados a partir da Constituição.

O Governo é o elemento condutor que detém o poder absoluto de autodeterminação e de auto-organização, emanado do povo, a teor do art. 1º, parágrafo único da Constituição. A vontade do Estado manifesta-se através dos chamados poderes políticos e dos poderes administrativos.

Os poderes políticos são imanentes e estruturais do Estado, e dizem respeito às funções: normativa (Poder Legislativo); administrativa, que converte a lei em ato individual e concreto (Poder Executivo) e judicial, que aplica coativamente a lei (Poder Judiciário).

Os poderes administrativos são instrumentais e devem ser adequados à natureza das tarefas exercidas pela Administração Pública.

Assim⁵⁵:

1) Consoante a liberdade da Administração para a prática do ato administrativo, diz-se que esse ato é *vinculado* ou *regrado* quando a lei explicita os elementos e requisitos da sua formalização; que é *discricionário*

⁵⁴MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito administrativo brasileiro*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1986, p. 37. Governo é a expressão política de comando, de iniciativa, de fixação de objetivos do Estado e de manutenção da Ordem jurídica vigente. Atua mediante atos de soberania, de autonomia política na condução dos negócios públicos.

⁵⁵V. MEIRELLES, op. cit., p.78 e ss.

quando remanesce à Administração uma faixa de liberdade quanto à conveniência, a oportunidade e o conteúdo do ato.

2) No âmbito interno das organizações e dos órgãos, a Administração tem a prerrogativa de distribuir e escalonar funções, ordenar e rever a atuação dos agentes e estabelecer a relação de subordinação no quadro de pessoal. É o *poder hierárquico*, que engloba faculdades de dar ordens, fiscalizar, delegar, avocar e rever atos e decisões. Paralelo a ele, tem também a Administração o *poder disciplinar*, que é a faculdade de punir (e premiar), internamente, os servidores e demais pessoas sujeitas a vínculo especial.

3) Diante da função normativa do Estado, a Administração possui, ainda, o *poder regulamentar*, que é a faculdade atribuída ao Chefe do Poder Executivo de explicitar a lei para sua correta execução, ou até mesmo supri-la, quando inexistente. Neste plano situam-se, para fazer referência expressa à saúde, as normas técnicas delegadas a Ministros e Secretários de Estado.

4) Finalmente, no que tange à faculdade de contenção dos direitos individuais, especialmente a liberdade e a propriedade, em benefício da coletividade, a Administração dispõe do *poder de polícia*.

Todos esses poderes administrativos dizem respeito à Vigilância Sanitária, que é, basicamente, um campo do poder de polícia, encarregado de executar as leis, regulamentos e normas técnicas atinentes à Saúde Pública, mediante a prática de atos administrativos (vinculados uns, como o auto de infração) e discricionários outros (como a faculdade de aplicar ou deixar de aplicar penalidade em situações concretas), e funcionando sob organização hierárquica e disciplinar definida.

2.2.4 - Organização do Estado e da Administração

O Uruguai é um Estado unitário, porque possui um só centro de poder estatal. Já o Brasil é um Estado de forma complexa, porque possui mais de um centro de poder estatal, constituindo-se numa República Federativa; é descentralizado por ser formado por três coletividades políticas: União, Estados-Membros, Municípios (e Distrito Federal)⁵⁶.

Estado Federal é o todo, dotado de personalidade jurídica de direito público internacional. União é a entidade federal, formada pela reunião das partes componentes, constituindo pessoa jurídica de direito público interno; é autônoma em relação aos Estados-Membros e aos Municípios, e tem, entre as suas competências, exercer as prerrogativas da *soberania* do Estado brasileiro (CF, arts. 21 e 22).

Os Estados-Membros e os Municípios são as entidades federativas de âmbito regional e local, respectivamente, dotados também, a exemplo da União, de personalidade jurídica de direito público interno e autonomia (CF, arts. 25 a 28).

A idéia de Federação é indissociável do conceito de autonomia, compreendida como governo próprio, das entidades estatais, dentro do círculo de competência traçado pela Constituição. Os elementos básicos são governo próprio e competências exclusivas. Caracteriza-se sob quatro aspectos: 1) capacidade de auto-organização (Constituição do Estado e Lei Orgânica do Município); 2) capacidade de autogoverno; 3) capacidade de autolegislação; 4) capacidade de auto-administração⁵⁷. Pressupõe repartição de competências

⁵⁶A posição do Distrito Federal é um tanto anômala na Federação brasileira. Não é Estado e não é Município, mas exerce as prerrogativas de ambos: "No nosso entendimento é uma pessoa jurídica como corporação político-constitucional praticamente equiparada ao Estado-Membro, no texto da atual Constituição". FERREIRA, Pinto. *Manual de direito constitucional*. Rio de Janeiro: Forense, 1992, p. 195.

⁵⁷SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1987. p. 49.

(nacionais, regionais e locais); competências exclusivas e supletivas; além de participação.

"O federalismo", destaca SUELI GANDOLFI DALLARI⁵⁸, "caracteriza-se por duas leis: a da autonomia, que dá às coletividades-membros o caráter de Estado, pois cada qual tem seu sistema legislativo, administrativo e judiciário; e a participação, que impede que o relacionamento entre as coletividades-membros e o Estado federal seja de subordinação, pois apenas existe federalismo se as coletividades associadas participarem, por seus representantes, na constituição dos órgãos federais e na elaboração das suas decisões".

Os Poderes da União são enumerados (CF, art. 21), e os remanescentes são dos Estados (art. 25, § 1º); o Município atua no âmbito local (art. 29 e ss); mas há atribuições comuns das esferas governamentais (arts. 23 e 24 da CF). A autonomia do Município, independentemente disso, expressa-se mediante os aspectos político, administrativo e financeiro.

2.2.5 - Direito constitucional e direito administrativo

A organização do Estado, como se verifica, é matéria constitucional. O direito constitucional é o direito público fundamental e refere-se, justamente, à organização e ao funcionamento do Estado, definindo: sua forma (federativa no caso do Brasil); forma de governo (república); modo de aquisição e exercício do poder; estabelecimento dos órgãos e limites de atuação; direitos fundamentais do cidadão e respectivas garantias; regras básicas da ordem econômica e social.

A lei fundamental e suprema do Estado é a Constituição, base de todas as outras leis: somente nela a autoridade encontra fundamento; somente ela

⁵⁸DALLARI, Sueli Gandolfi. *Municipalização dos serviços de saúde*. São Paulo: Brasiliense, 1985, p. 17.

confere poderes e competências; e governos, Estados, Municípios exercem atribuições somente nos termos nela estabelecidos. As normas da ordem jurídica nacional só serão válidas se conformarem com a Constituição, cuja guarda, em última palavra, é atribuição do Supremo Tribunal Federal (CF, arts. 102 e 103).

Organizado o Estado soberano, na seqüência, e subordinado ao direito constitucional, vem o direito administrativo, cujas leis e princípios organizam a Administração Pública. O direito administrativo ocupa-se dos órgãos, agentes e atividades públicas (para os fins do Estado), orientando:

- organização e funcionamento dos serviços públicos;
- administração dos bens públicos;
- regime de pessoal;
- formalização dos atos de administração.

Na verdade, só não inclui atividades específicas, como a lei e a sentença, que dizem respeito, como tais, aos outros Poderes e não ao Executivo.

O direito administrativo tem princípios que lhe são peculiares e que guardam entre si uma relação lógica de coerência e unidade compondo um sistema ou "o regime jurídico-administrativo"⁵⁹. Regime que resulta da caracterização normativa de determinados interesses como pertinentes à sociedade e não aos particulares, em torno de dois princípios:

- a) supremacia do interesse público sobre o interesse privado;
- b) indisponibilidade, pela Administração, dos interesses públicos.

Nessas condições, complementa GORDILLO⁶⁰, o direito administrativo "é por excelência a parte da ciência do direito que mais agudamente propõe o conflito permanente entre a autoridade e a liberdade".

⁵⁹MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de direito administrativo*. São Paulo: Malheiros, 1994, p. 15.

⁶⁰GORDILLO, Agustín A. *Tratado de derecho administrativo*. Buenos Aires: Ediciones Macchi, 1974. t.1, cap. 3, p.1.

De fato, trata-se de regime que pressupõe o Estado de Direito, ou o Estado baseado na separação dos Poderes, juridicamente organizado e obediente às suas próprias leis. O direito administrativo, acrescenta ENTERRÍA⁶¹, "carrega em seu seio desde suas origens a liberdade, a legalidade, a garantia frente ao arbítrio, a garantia do cidadão confiada a formas processuais".

Entretanto, na interpretação do direito administrativo, o objeto e o fim social de sua normas conferem-lhe um peso especial, que se materializa nos pressupostos:

- a) da desigualdade jurídica frente aos administrados;
- b) da presunção de legitimidade dos atos da Administração (até uma contra-ordem);
- c) da necessidade de poderes discricionários para a Administração atender ao interesse público⁶².

Essas prerrogativas obedecem a certos princípios, como a legalidade, a impessoalidade, a moralidade e a publicidade, nos termos do art. 37 da Constituição. Vale dizer, a Administração só atua dentro da lei e seus fins, não visa qualquer interesse particular (sob o pálio do interesse público), tem como parâmetro jurídico o bom administrador e se realiza sob a divulgação indispensável ao seu controle e à participação dos interessados.

2.2.6 - Atividades da Administração

Para satisfazer as necessidades do interesse geral, a atividade administrativa, segundo JEAN RIVERO⁶³, "reveste tradicionalmente duas

⁶¹ENTERRÍA, Eduardo Garcia de, FERNÁNDEZ, Tomás-Ramón. *Curso de derecho administrativo*. Madrid: Editorial Civitas, 1981. t.1, p. 9.

⁶²MEIRELLES, op. cit., p. 15.

⁶³RIVERO. Op. cit. p. 473. O autor reconhece as limitações do conceito de serviço público para servir de princípio geral, a partir do qual se organize o conjunto do direito administrativo. A crítica é válida, mas as alternativas oferecidas, como as noções de *interesse geral* (M. Waline), de *poder público* (Vedel), por

formas essenciais: *a polícia e o serviço público*". E prossegue: "Por meio do *serviço público*, a autoridade pública toma diretamente a seu cargo a satisfação de uma necessidade de interesse geral, assegurando, quer à coletividade, quer aos particulares individualmente, as prestações ou vantagens correspondentes". Já no tocante à polícia, a atividade é bem diferente:

"O interesse geral exige antes do mais que as livres iniciativas dos particulares não vão ao ponto de comprometer a ordem, condição de toda a vida social. Pertence pois ao Estado impor-lhes a disciplina indispensável; a esta finalidade corresponde o exercício da *polícia administrativa*"⁶⁴.

Esta divisão suscita a questão da natureza jurídica da Vigilância Sanitária, que se situa no plano da polícia administrativa e não do serviço público. BANDEIRA DE MELLO⁶⁵ bem destaca que o serviço público administrativo tem por escopo "oferecimento direto de utilidade ou comodidade aos administrados sob um regime de direito público", enquanto que as atividades do nível da Vigilância Sanitária são caracterizadas como um "poder negativo", como um "non facere".

2.2.7 - Poder de polícia

A expressão corrente, para designar esse tipo de atividade de injunção e repressão da Administração Pública, é *poder de polícia*⁶⁶, assim definido por

exemplo, esbarram "com objeções muito graves". A noção de serviço público é uma noção-chave, mas não esgota nem exclui outras. Deve-se ter presente que, frente ao direito privado, o direito administrativo impõe obrigações muito mais estreitas, adstrito que é à prossecução exclusiva do interesse geral, assim como confere à Administração prerrogativas sem equivalente nas relações privadas.

⁶⁴Idem.

⁶⁵Op. cit., p. 397. Neste sentido, v. também RIVERO, J. Op. cit. p. 473.

⁶⁶A expressão *poder de polícia* não é isenta de críticas. BANDEIRA DE MELLO, Op. cit., p. 393, por exemplo, com base em respeitável bibliografia, entende que melhor seria designar *limitações administrativas* os atos legislativos voltados à liberdade e à propriedade e *polícia administrativa* os demais, a cargo do Executivo. Todavia, rende-se à expressão consagrada, aclarando: "*Poder de polícia* quando estivermos nos referindo tanto às leis condicionadoras da liberdade e da propriedade quanto aos

MARCELO CAETANO⁶⁷: "*Poder de polícia é o modo de atuar da autoridade administrativa que consiste em intervir no exercício das atividades individuais suscetíveis de fazer perigar interesses gerais, tendo por objetivo evitar que se produzam, ampliem ou generalizem os danos sociais que as leis procuram prevenir*".

JOSÉ CRETILLA JÚNIOR⁶⁸ realiza cuidadosa revisão bibliográfica a respeito da origem dessa expressão, no direito norte-americano, e seu desenvolvimento na doutrina estrangeira e nacional, para chamar atenção, com Otto Mayer, para o fato de que "a noção de polícia é menos ampla do que a de poder de polícia"⁶⁹.

Diz o eminente publicista: "Cumpre, antes de tudo, fazer uma observação à expressão *poder de polícia*, que não se confundirá com outra semelhante *poder da polícia*, porque se a *polícia* tem a possibilidade de agir, *in concreto*, pondo em atividade todo o aparelhamento de que dispõe, isso se deve à *potestas* que lhe confere o poder de polícia"⁷⁰.

E logo adiante reforça: "Se a *polícia* é uma *atividade* ou um *aparelhamento*, o *poder de polícia* é o princípio jurídico que informa essa atividade, justificando a ação policial, nos Estados de Direito"⁷¹.

Quanto à *polícia* em si, a classificação mais corrente é a tradicional, em dois ramos: 1) a *polícia judiciária* (ou repressiva), que "investiga os delitos que a polícia administrativa não conseguiu evitar que se cometessem, reúne as respectivas provas e entrega os autores aos tribunais encarregados pela lei de puni-los"⁷² e 2) a *polícia administrativa* (ou preventiva) a que diz respeito às

atos administrativos pelos quais se procede a suas concreções"; e *Polícia administrativa* quando reportados tão-só a comportamentos administrativos".Id., p. 394.

67CAETANO, Marcelo. *Manual de direito administrativo*. Rio de Janeiro: Forense, 1970, v. 2, p. 1066.

68CRETILLA JÚNIOR, José. *Tratado de direito administrativo*. Rio de Janeiro: Forense, 1968. v. 5.

69Idem. Op. cit., p. 46.

70Idem, p. 48.

71Ibidem, p. 51.

72Lei de 3 Brumário, ano IV, art. 20 e Código de Instrução Criminal, arts. 8 a 11, apud CRETILLA JÚNIOR, op. cit., p. 34.

demais atividades policiais, tendo por objetivo "tomar e fazer respeitar todas as medidas necessárias para a manutenção da ordem, da segurança e da salubridade públicas"⁷³.

Todavia, o exercício do poder de polícia e da polícia não é arbitrário, mas submetido à lei e ao controle jurisdicional, pois que as necessidades da ordem, da segurança e da saúde pública devem guardar equilíbrio e conciliação com os direitos fundamentais do cidadão, sob pena de abuso de poder.

O Poder de Polícia, por outro lado, não se confunde com os ilícitos criminais e a Justiça Criminal. Ao lado dos delitos tipificados no Código Penal, e julgados pelo Poder Judiciário existem as transgressões administrativas, e as de natureza sanitária entre elas, que constituem mera ameaça ou perigo, ou mera "perturbação do ambiente criado pelo Direito ao redor dos interesses sociais"⁷⁴. Infrações estas que são apuradas, apenadas e executadas, não pelo Judiciário, mas pela própria Administração Pública, através de uma estrutura própria, especial e especializada, no exercício do Poder de Polícia.

De sorte que, estando dentro da Administração Pública e do SUS, a Vigilância Sanitária não tem a natureza jurídica de simples serviço de saúde; e ocupando-se de coerção, de repressão a ilícitos, não se confunde com a Justiça Criminal, pois que se contém nos limites da Administração Pública, embora não se subtraia do controle da legalidade, pelo Poder Judiciário.

2.2.8. Formas do exercício do Poder de Polícia

O poder de polícia decorre da própria soberania do Estado e num Estado descentralizado é distribuído, sob a forma de competências, às diversas

⁷³Idem, p. 18.

⁷⁴CAETANO, M. Op. cit., p. 1088.

Unidades Federadas. Pelo menos, é assim que se deve visualizar a Vigilância Sanitária na Federação Brasileira.

Essa divisão de competências pressupõe, para uma visão mais clara dos aspectos estruturais, uma noção das formas de exercício do poder de polícia. Pode-se identificar em BIELSA⁷⁵ que o poder de polícia atua mediante:

- 1) a lei e os regulamentos;
- 2) as permissões e autorizações; e
- 3) a coerção, i.é, o uso da força pública e a aplicação de penas.

As leis, diz BIELSA⁷⁶, "estabelecem as normas básicas relativas à matéria e à competência", enquanto que os decretos regulamentares, sempre com caráter geral e força de lei, "são preceitos para a execução ou aplicação" daquelas.

As permissões ou autorizações são, entre nós, os registros (de produtos, substâncias, drogas, medicamentos, diplomas de profissionais) e alvarás (de licença para construir, para exercer profissão de interesse da saúde, para exercer comércio de alimentos) e outros atos típicos de controle e vigilância.

E os atos de coerção são ordens de caráter particular, dirigidas a uma pessoa ou a determinada coisa, pelo que é necessário "a notificação direta" para surtirem o efeito desejado. Trata-se da fiscalização propriamente dita, que se desencadeia através do devido processo legal.

As leis situam-se no campo dos poderes políticos do Estado, enquanto que os demais atos pertencem à esfera dos poderes administrativos, de caráter instrumental, "que surgem secundariamente com a Administração e se efetivam de acordo com as exigências do serviço público e com os interesses da comunidade"⁷⁷.

⁷⁵BIELSA, Rafael. *Derecho administrativo*. Buenos Aires: La Ley, 1965. v. 4, p. 27.

⁷⁶Idem, loc. cit.

⁷⁷MEIRELLES. Op. cit. p.92.

Assim, o poder de polícia, na área sanitária, é estabelecido e delimitado por leis materiais e processuais, pela unidade federada competente; é regulamentado pelo Poder Executivo respectivo, que por sua vez, também, escalona e distribui as funções entre os seus órgãos e agentes. A atuação destes, por outro lado, no exercício estrito da fiscalização, obedece aos ditames e princípios do devido processo legal.

2.2.9 - Quem legisla sobre Vigilância Sanitária?

Ora, todas as Unidades Políticas da Federação são detentoras do poder de legislar e do Poder de Polícia, dentro da respectiva esfera de competências e atribuições. Como o poder de legislar é um poder político e, portanto, diz respeito à estruturação do Estado, é assunto de ordem constitucional.

A Constituição Federal, quando dispõe sobre a matéria considera a Vigilância Sanitária como um subsistema da Saúde.

No art. 22, inciso XXIII, a Magna Carta estabelece competência privativa da União para legislar sobre "seguridade social". E no art. 24, inciso XII, confere **competência concorrente** à União, aos Estados e ao Distrito Federal para legislar sobre previdência social e **proteção e defesa da saúde**.

E os Municípios?

Os Municípios (art. 30) legislam sobre assuntos de interesse local (inciso I); e suplementam a legislação federal e a estadual no que couber (inciso II).

O quadro, portanto, é este: sendo a Vigilância Sanitária campo de legislação concorrente, a União estabelece normas gerais (CF, art. 24, § 1º), sem excluir a competência suplementar dos Estados (§ 2º). Inexistindo lei federal, os Estados, além de detalhar a legislação, estabelecem as normas gerais, para atender as suas peculiaridades, até sobrevir, neste último caso, lei federal com disposição em contrário (§§ 3º e 4º).

Quanto ao Município, apenas suplementa as legislações federal e estadual, no seu âmbito de atuação, no interesse local e no que couber.

No plano infraconstitucional, os dispositivos pertinentes são da alçada da Lei 8.080/90, que é abordada no capítulo seguinte.

2.2.10 - A Jurisdição administrativa

O processo administrativo de apuração das infrações sanitárias, fixadas pelo Poder competente, no exercício da prerrogativa do poder de polícia, insere-se num sistema de controle jurisdicional bastante original, no ordenamento jurídico brasileiro.

A França, como é sabido, adota o modelo do contencioso administrativo, que separa completamente as funções judiciárias das administrativas; é vedado à justiça comum conhecer dos atos da Administração, pois que os mesmos estão sujeitos a uma jurisdição especial, sob a autoridade suprema de um tribunal administrativo, que é o Conselho de Estado.

Na Inglaterra, e bem assim, nos Estados Unidos, o sistema é de jurisdição única, ou sistema de controle judicial; todos e quaisquer litígios, sejam exclusivamente privados ou de natureza administrativa, estão sob a jurisdição do Poder Judiciário. Até o *Public Health Act, de 1875*, o sistema inglês mantinha a sua forma mais pura, equiparando a Administração Pública aos particulares, sem qualquer privilégio em favor daquela.

No Brasil, copiamos o sistema de jurisdição única (CF, art. 5º, inc. XXXV), mas sem absorver o judicialismo rígido da fonte de origem. É um modelo que consagra a unidade de jurisdição, mas que é moldado de forma a não tolher o dinamismo e a agilidade de que a Administração Pública necessita na tarefa permanente de defesa e salvaguarda dos interesses da coletividade; e

isto não significa, por outro lado, que se deixe ao desamparo, ou à total mercê da autoridade administrativa a pessoa atingida pelo ato de coerção.

THEMISTOCLES BRANDÃO CAVALCANTI⁷⁸ sintetiza: "Conciliamos, assim, os dois princípios; a autoridade administrativa decide soberanamente, dentro da esfera administrativa. Ela é parte e juiz, ao mesmo tempo, dos seus próprios atos. Contra estes, só existe o recurso judicial limitado, no entretanto, à apreciação da legalidade dos atos administrativos, vedado que se acha, ao conhecimento da justiça, da oportunidade ou da conveniência que ditaram à Administração Pública a prática desses atos".

Concretamente, é uma espécie de *justiça administrativa*, a cargo dos próprios funcionários incumbidos de decidir, na forma da lei, questões de ordem administrativa de interesse da Administração Pública e dos administrados, seja através de órgão colegiado ou de julgamento singular⁷⁹.

Esses funcionários, ou órgãos, investidos de competência para julgar na esfera administrativa, aplicam leis, regulamentos e normas técnicas especializadas, e o fazem sob o privilégio da presunção de legalidade e com foros de auto-executoriedade. Seus julgamentos são administrativos, de efeito interno da Administração, com poder de coerção, e independentemente de autorização judicial. A discussão do mérito do ato administrativo, em princípio, encerra-se aí, nas esferas recursais da própria Administração Pública, vedado que é ao Poder Judiciário pronunciar-se sobre a conveniência, a oportunidade, a eficiência ou mesmo a justiça do ato, pois que a sua função não é administrar e sim exercer jurisdição judicial.

Por outro lado, o administrado possui a prerrogativa de recorrer ao Judiciário a qualquer momento, antes, durante e após a tramitação do processo administrativo, para questionar a legalidade dos atos e dos procedimentos da

⁷⁸CAVALCANTI, Themistocles Brandão. *Tratado de direito administrativo*. Rio de Janeiro: Forense, 1968, v.1, p. 140.

⁷⁹SCHIESARI, Nelson. *Direito administrativo*. São Paulo: Coletânea Atualização Jurídica, 1977. p. 280.

Administração Pública. A decisão administrativa, ademais, não tem a mesma rigidez formal da coisa julgada judicial, sendo que a própria Administração pode rever os seus atos a qualquer momento, quando eivados de vícios (Súmula 473 do STF). A própria execução de decisões administrativas, como no caso de execução forçada de multas (lançadas em dívida ativa) e de demolição de construções irregulares, não prescindem de intervenção judicial.

É rico o arsenal de tutelas de que pode lançar mão o particular que se sente atingido em sua esfera jurídica, por algum ato de polícia administrativa:

- a) Medidas cautelares (poder cautelar geral do juiz, CPC, art. 798), como alternativa à aparência de direito;
- b) Mandado de segurança (individual, CF art. 5º LXIX ou coletivo, inciso LXX), como salvaguarda do direito líquido e certo, contra os abusos de autoridade;
- c) *Habeas data* (CF, art. 5º, LXXII), para assegurar informações indispensáveis dos arquivos públicos ou retificá-las;
- d) Ação popular (CF, art. 5º, LXXIII), contra ato lesivo ao patrimônio público, à moralidade administrativa, ao meio ambiente, ao patrimônio histórico e cultural;
- e) Ação civil pública (de acordo com os requisitos e hipóteses, com todos os instrumentos auxiliares previstos nas leis 7.347, de 24 de junho de 1985 e 8.078, de 11 de setembro de 1990, Código de Proteção e Defesa do Consumidor).

Isto tudo sem falar nas ações ordinárias e outros remédios que podem ir de uma ação direta de inconstitucionalidade (impugnando a própria lei que ampara o poder de polícia) a uma ação rescisória.

2.2.11 - O processo administrativo

A base principiológica do sistema brasileiro de justiça administrativa, conforme visto, está na separação dos Poderes, mas adaptada ao dinamismo da Administração Pública. Um sistema em que se permite a ela intervir com a prontidão e a eficiência indispensáveis à função, mas sem abrir mão das garantias do indivíduo, positivadas na exigência do devido processo legal, e bem assim, na faculdade de recorrer ao Judiciário a qualquer momento, sempre que ele, o indivíduo, se sentir prejudicado por excesso, desvio ou abuso de poder.

A autoridade tem a faculdade, o poder discricionário de livre escolha frente à oportunidade e a conveniência de intervir, coagir e aplicar sanções, na proteção do interesse público; não necessita de chancela judicial para agir e até mesmo para executar, diretamente e por seus próprios meios, as suas decisões; tem o poder de impor coativamente as suas medidas, inclusive com emprego da força pública quando necessário⁸⁰.

O ato de polícia praticado através do processo administrativo, ante as garantias do Estado de Direito, é sujeitado a algumas condições de validade, enumeradas por MEIRELLES⁸¹:

- 1) Competência, concedida e delimitada por lei;
- 2) Finalidade, que é a do interesse público, explícita ou implicitamente indicada pela lei;
- 3) Forma, ou seja, atendimento ao revestimento exteriorizador do ato;

⁸⁰Segundo MEIRELLES. Op. cit., p. 97 e ss., no exercício do Poder de Polícia, a Administração Pública age com três atributos: *Discricionariedade*, que é a livre escolha da oportunidade e conveniência de exercer o poder de polícia, bem como de aplicar as sanções e empregar os meios disponíveis à proteção do interesse público; *Auto-executoriedade*, que é a faculdade de decidir e executar diretamente a sua decisão, por seus próprios meios, sem necessidade de pedir autorização ao Poder Judiciário; *Coercibilidade*, que é a possibilidade de impor coativamente as suas medidas, no caso de resistência.

⁸¹MEIRELLES. Op. cit., p. 102.

- 4) Proporcionalidade da sanção, medida entre a restrição e o benefício social, entre a infração cometida e a sanção aplicada (sob pena de abuso de poder); e
- 5) Legalidade dos meios, o que significa dizer que os meios empregados pela Administração serão lícitos, compatíveis com a urgência e a necessidade do caso concreto.

Na verdade, o Processo Administrativo implica num pronunciamento de jurisdição, entendida como a função que o Estado exerce para aplicar imperativamente a lei⁸². Ou seja, a jurisdição, como o processo, pode ser administrativa ou judicial, pois ambos os organismos são estatais e de caráter público, "espécies do mesmo gênero"⁸³.

O processo administrativo, menos rígido que o processo judicial, pelos motivos óbvios até aqui indicados, orienta-se por alguns princípios, que são universais⁸⁴:

- a) *O princípio da legalidade objetiva*, que exige que o processo administrativo seja instaurado com base e para preservação da lei, sob pena de invalidade;
- b) *O princípio da oficialidade*, que atribui sempre a movimentação do processo administrativo à Administração, independentemente de quem tenha sido a iniciativa de instauração;
- c) *O princípio do informalismo*, que dispensa ritos sacramentais e formas rígidas para o processo administrativo, principalmente nos atos a cargo do particular (sem prejuízo de formalidades impostas expressamente pela lei);

82V. MARQUES, José Frederico. *Instituições de direito processual civil*. Rio de Janeiro: Forense, 1971. v.1, p. 31.

83V. CRETELLA JÚNIOR, José. *Curso de direito administrativo*. Rio de Janeiro: Forense, 1981, p. 603. Quanto à expressão *processo administrativo*, é perfeita a distinção de MEIRELLES, op. cit., p.583: o processo "é o conjunto de atos coordenados para a obtenção de decisão sobre uma controvérsia no âmbito judicial ou administrativo" e procedimento é "o modo de realização do processo, ou seja, o rito processual".

84V. MEIRELLES, op. cit., p.585.

- d) *O princípio da verdade material*, que autoriza a Administração a valer-se de qualquer prova que a autoridade tenha conhecimento, desde que a faça trasladar para o processo (no processo civil a busca é da verdade formal, muito mais rígida); e
- e) *O princípio da garantia de defesa*, decorrente do mandamento constitucional do devido processo legal (art. 5º, incisos LIV: "ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal" e LV: "aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e a ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes"). Garantia de defesa implica em observância do rito, inclusive obediência às formalidades no preenchimento de autos, comunicação dos atos processuais, oportunidade para contestar e produzir provas, e, enfim, acompanhar os atos da instrução.

2.2.12 - O processo administrativo sanitário

O processo sanitário é instrumento de uma das modalidades de polícia, a Polícia Sanitária, relativa à área da Saúde Pública. O Estado, em defesa da saúde coletiva, é obrigado a regulamentar condutas, impor restrições a direitos e a intervir para garantir o cumprimento das respectivas normas: esta intervenção é realizada mediante processo administrativo sanitário⁸⁵.

Como instrumento de uma faceta do Poder de Polícia, o Processo Administrativo Sanitário caracteriza-se como um processo de âmbito externo (e não interno como o Disciplinar), punitivo, mas compreendendo também

85V. PILATI, José Isaac. *O processo administrativo sanitário na Federação brasileira*. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1989. Dissertação de Mestrado em Direito. p.98.

medidas restritivas de direito, ordens, que não chegam a ter este caráter ou conotação⁸⁶.

Não dispensa: a) previsão legal das faltas ou infrações e respectivas sanções; b) procedimento apuratório das transgressões ou para imposição de medidas e ordens; c) garantia de defesa ao autuado; d) controle interno pela via recursal hierárquica e controle externo pelo exame da legalidade pelo Poder Judiciário, sempre que provocado pela parte interessada.

"Basicamente é um processo escrito e tem as suas fases com características próprias, procedimentos específicos e princípios adequados à sua finalidade, no que se aparta muitas vezes (*omissis*) do figurino geral do processo administrativo"⁸⁷.

Os instrumentos principais do processo sanitário são:

- 1) O *auto de infração*, através do qual é instaurado o procedimento do órgão da Vigilância Sanitária contra o particular infrator. Há sistemas que prevêem a fixação da penalidade já neste momento e outros não;
- 2) O *auto de imposição de penalidade*, que é expedido após a tramitação e o julgamento do auto de infração pela autoridade competente. Nos sistemas em que a penalidade já é fixada no auto de infração há apenas a confirmação da imputação, (abstraída sempre a hipótese de improcedência, evidentemente), abrindo-se, num e noutro sistema, o prazo de recurso à autoridade superior;
- 3) A *análise fiscal*, que é um procedimento laboratorial, em sistema de coleta, prova e contraprova, para avaliar as condições sanitárias de produtos, substâncias e até equipamentos de interesse da saúde;
- 4) As medidas preventivas e/ou cautelares, que as legislações estaduais designam sob as mais diferentes expressões e configurações processuais:

⁸⁶Idem.

⁸⁷PILATI, op. cit., p. 99.

termo de intimação, auto de intimação e termo. São medidas que, apesar de repressivas, não têm caráter punitivo;

- 5) Os termos de apreensão e de interdição, que são atos complementares, acessórios ou de execução de decisões proferidas em auto ou processo principais.

* * *

Este capítulo abordou a Vigilância Sanitária em duas partes gerais: dentro do universo maior da Saúde Pública e no contexto jurídico-dogmático do direito público.

Cumprirá-a agora em termos de sistema, dentro da legislação sanitária, especificamente. Para isto, será necessário descrever o sistema anterior ao Sistema Único de Saúde e, depois, o modelo desenhado pela nova Lei Orgânica da Saúde.

3. A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NOS MODELOS ANTERIOR E POSTERIOR À INSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Se a Vigilância Sanitária tem suas raízes na Saúde Pública, de onde afluere o *status* de saber especializado da área de conhecimento médico-sanitário, e no direito público, de onde retira a aura principiológica e informadora, o seu caráter de injunção e coerção não pode prescindir da positividade jurídica. Trata-se da Legislação Sanitária ou de Saúde, ou mais precisamente, da Vigilância Sanitária no direito positivo.

3.1 - A Vigilância Sanitária no modelo anterior ao Sistema Único de Saúde

3.1.1 - A orientação internacional

Em 1973, a Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS promoveu um Seminário para Consultores e Assessores Jurídicos dos Ministérios da Saúde da América Latina, com vistas a debater o tema da legislação em saúde. O

seminário era fruto de recomendação da III Reunião de Ministros de Saúde das Américas (Santiago, 2-9 de outubro de 1972), que por sua vez levava em consideração as recomendações finais do Plano Decenal de Saúde da Américas (1971-1980), entre as quais estava incluído o estímulo à atualização das leis de Saúde¹.

No referido Seminário, os especialistas elencaram diversos pontos, atinentes à política de saúde, ao conteúdo mesmo das normas sanitárias, e a um arcabouço metodológico de distribuição de matérias, contribuição que influenciaria os trabalhos de legislação em saúde no Brasil, a partir daí, notadamente o código do Estado de Santa Catarina.

3.1.2 - Estrutura de um código sanitário

PASOLD² entende por legislação sanitária ou legislação de Saúde Pública "os atos normativos que se destinem, diretamente, a definir direitos e deveres das pessoas com relação à sua saúde e da população, bem como a definir poderes, direitos, deveres, organização e funcionamento das instituições e serviços do setor saúde". A definição abrange quaisquer áreas de *interesse* da saúde, assim como instituições e bens, públicos e privados dirigidos à saúde.

¹V. DIAS, H.P. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos, aprovados pelo Governo Federal em matéria de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL de SAÚDE, 6, Brasília, 1-5 ago. 1977. Anais... Brasília, Ministério da Saúde, 1977. p. 103-132. V. também, do mesmo autor, *Direito de saúde*. Rio de Janeiro: Fundação SESP, 1979. 349p. Esse elenco de temas, assim como as "Conclusões do Primeiro seminário sobre legislação de Saúde, Washington, D.C., 1973" são referidos, também, por PASOLD, C.L. *Da função social do Estado Contemporâneo ao estudo político e jurídico de um de seus segmentos: a saúde pública*. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1983. Tese de Doutorado. p. 111 e ss. PASOLD menciona, ainda, outros textos, da OMS, sobre legislação sanitária. Destaca-se aqui o citado seminário da OPAS, de 1973, em razão da síntese e do reflexo que teria na legislação catarinense.

²Op. cit., p. 113. A definição leva em consideração os objetivos fundamentais da legislação relativa à saúde propostos pela OMS.

A codificação sanitária é, portanto, a reunião num diploma consolidado ou em atos legais textualmente vinculados entre si, da legislação de saúde de um Estado³.

O sistema legal em que opera a atividade de saúde pública compreende, na verdade, normas jurídicas de natureza diversa, que dificilmente poderiam ser reunidas num diploma único.

Em primeiro lugar, avultam aquelas normas que definem a estrutura administrativa dos serviços, que fixam as competências e distribuem as atribuições dos agentes e autoridades de saúde, ou seja, as normas de *organização*, na classificação de PASOLD⁴. Tais normas podem constar do corpo da lei de saúde, mas, freqüentemente, estão nas leis de organização ou reforma administrativa, em regimentos internos de órgãos detentores de poder de polícia, sem falar na própria hierarquia jurídico-legal que se desencadeia a partir da Constituição. Neste plano estão, muitas vezes, as próprias normas de política, que traçam diretrizes e orientações à Saúde, quase tão instáveis e dinâmicas como a própria realidade político-institucional.

Em segundo lugar, a par dessas normas administrativas, dirigidas aos órgãos responsáveis pela execução dos serviços⁵, o sistema legal de saúde implica nas leis *materiais*, ou seja, aquelas que prescrevem *condutas*, que estabelecem direitos e obrigações às pessoas, físicas e jurídicas, com o fim imediato de promover, proteger e recuperar a saúde. Estas normas podem figurar, reunidas e sistematizadas, num texto único; o comum, entretanto, é vê-las distribuídas em leis esparsas e específicas, por área especializada (alimentos, medicamentos, estabelecimentos de saúde, exercício profissional, por exemplo).

³Idem, p. 114.

⁴Op. cit., p. 117. Para PASOLD, os *propósitos* das normas jurídicas sanitárias envolvem: políticas (diretrizes gerais), condutas (comportamentos específicos), penalidades (conforme situações consideradas como infrações) e organização (disciplina da organização e do funcionamento de instituições e serviços).

⁵V. DIAS, H.P., CONFERÊNCIA, op. cit., p. 112.

Entre as normas materiais, que regulam os comportamentos dos administrados em relação à saúde, merecem destaque as normas *punitivas*, que tipificam infrações e estabelecem penalidades aos infratores daqueles preceitos de defesa da saúde. Também nesse caso é freqüente o estabelecimento de penalidades específicas, nas leis esparsas.

Finalmente, compõem o sistema as normas *processuais*, que estabelecem os procedimentos para a apuração das infrações e aplicação das respectivas penalidades.

Os ritos geralmente se concentram numa lei específica, a que se reportam todas as leis esparsas do sistema.

3.1.3 - Conteúdo básico de um Código Sanitário

DIAS⁶, na VI Conferência Nacional de Saúde, baseado nas instruções da OPAS, acima referidas, sugeria o seguinte método de distribuição de matérias para um código sanitário:

I - DISPOSIÇÕES GERAIS

Deveriam incluir dispositivos no sentido de que:

- a saúde da população é um bem de interesse público tutelado pelo Estado;
- corresponde ao Poder Executivo a definição da "política geral de saúde" (incluindo planejamento, coordenação e execução);
- todas as pessoas, naturais ou jurídicas, públicas ou privadas, devem fornecer os dados que lhes forem solicitados, no interesse das estatísticas vitais, administração e avaliação de recursos em saúde;

⁶DIAS, op. cit., p. 106.

- todas as pessoas ficam sujeitas aos ditames da lei de saúde, seus regulamentos e ordens, gerais e específicos, ordinários ou de emergência, uma vez emanados da autoridade competente;

- todo o habitante, não impedido, tem obrigação de atender ao chamamento da autoridade de saúde para depor sobre assunto relacionado com a saúde pública;

- as normas de saúde são de ordem pública e em caso de conflito prevalecem sobre quaisquer disposições de igual validade formal;

- os termos empregados na legislação sanitária entendem-se no sentido corrente, conforme as ciências e disciplinas a que pertencem, a menos que se definam, expressamente, de um modo especial na lei e nos regulamentos.

Essas orientações da OPAS são reproduzidas na parte introdutória e ao longo de toda a regulamentação da Lei nº 6320, de 20 de dezembro de 1983, o Código Sanitário do Estado de Santa Catarina.

II - DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PESSOAS CONCERNENTES À SUA PRÓPRIA SAÚDE

Neste bloco são reunidos dispositivos: a) com relação à própria pessoa; e b) com relação ao núcleo sócio-familiar imediato.

O indivíduo tem direito às prestações de saúde "conforme o sistema em cada país"; direito à informação em saúde; direito de não ser submetido a tratamentos médicos desnecessários; direito de não ser submetido a experiências clínicas e científicas sem prévio consentimento e conhecimento do risco e sem o controle da autoridade de saúde; direito de ser atendido por qualquer serviço médico, público ou particular, em caso de emergência, "independentemente de qualquer consideração pecuniária ou do sistema de atenção médica a que pertença o paciente".

A criança, o incapaz, o inválido e o ancião têm direito a prestações especiais de saúde; a mulher tem direito a controle médico pré e pós-natal; as pessoas mentalmente afetadas têm direito a prestações de saúde em estabelecimentos autorizados, nos quais o ingresso, a permanência e a saída voluntários sejam controlados pela autoridade de saúde e, quando obrigatórios, sejam sujeitos a regulamentação específica.

Com relação ao núcleo familiar imediato, os pais ou representantes legais, ou à sua falta, o Estado, têm obrigação de cuidar para que sejam outorgadas, oportunamente, as prestações de saúde à criança, ao incapaz, ao ancião, ao desvalido e bem assim à pessoa mentalmente afetada.

III - DEVERES E RESTRIÇÕES A QUE FICAM SUJEITAS AS PESSOAS COM RELAÇÃO À SAÚDE DAS DEMAIS

Nesta categoria encontram-se: a) as atividades relacionadas diretamente com a saúde, sejam elas atinentes a serviços ou bens; e b) os atos ou atividades não relacionados com a saúde, mas que podem afetá-la, decorram eles de serviços ou bens.

Assim, as profissões e ocupações definidas em lei como de interesse da saúde, devem ser submetidas à vigilância da autoridade de saúde e dos organismos incumbidos do controle ético e disciplinar (registro dos títulos de habilitação, cumprimento do serviço social obrigatório, cooperação com as autoridades em casos de emergência, sujeição ao código de ética profissional e às normas de saúde).

Da mesma forma, os serviços de saúde devem perfilar-se às normas legais de construção, instalação e funcionamento, inclusive no campo da capacitação do pessoal responsável, dependendo sempre de autorização da autoridade de saúde.

Quanto à produção de bens, fica sujeita a licenças, autorizações e registros, sempre que possa interferir com a saúde, tal como ocorre no caso dos alimentos, medicamentos, insumos farmacêuticos, cosméticos, perfumes, produtos dietéticos, materiais e equipamentos médicos, abrangendo atos de importação, exportação, produção, armazenamento, transporte, distribuição, comércio, manipulação, prescrição, propaganda, embalagem, enfim, tudo o que possa interessar à saúde.

Entre os atos e atividades não relacionados com a saúde, mas que podem afetá-la, estão:

- a) a obrigação de toda pessoa de acatar as disposições legais e instruções destinadas a prevenir a aparição e propagação de enfermidades transmissíveis, especialmente quanto à notificação, medidas preventivas, exames de saúde, vacinação, denúncia obrigatória, isolamento e cuidados com os transportes;
- b) a obrigação de todo proprietário ou possuidor de animais de acatar as disposições legais e instruções destinadas a evitar a transmissão de zoonoses, incluindo vacinação, isolamento, sacrifício, tratamento, observação e transporte de animais.

IV - DEVERES E RESTRIÇÕES A QUE ESTÃO SUJEITAS AS PESSOAS QUANTO À CONSERVAÇÃO E MELHORAMENTO DO MEIO AMBIENTE

Este conteúdo é dividido em deveres quanto ao meio ambiente natural e ao meio ambiente não natural.

Assim:

- todas as pessoas devem contribuir para a promoção e manutenção das condições adequadas dos ambientes físico-natural e artificiais

(compreendidos, neste último caso, aqueles ambientes criados para que as pessoas vivam e desenvolvam suas atividades), observando a legislação pertinente;

- cada país deve definir os padrões de potabilidade da água, dispor sobre os sistemas de abastecimento e a proteção dos mananciais;
- os dejetos sólidos de habitações, atividades agrícolas, industriais e comerciais devem ser recolhidos e submetidos a tratamento e destino final adequados, a fim de evitar a contaminação de ar, solo e cursos de águas naturais;
- as pessoas devem realizar as obras de drenagem ordenadas pela autoridade de saúde, a fim de evitar a formação de focos insalubres e a contaminação de solo, ar e águas;
- as pessoas proprietárias ou responsáveis pelas habitações e estabelecimentos devem dar destino adequado às águas negras e servidas, na forma aprovada pela autoridade, assim como manter o sistema próprio em boas condições de funcionamento;
- os proprietários ou responsáveis por edifícios de moradia, hotéis, pensões, locais de lazer e similares, assim como os fabricantes de bens, devem adotar medidas adequadas a evitar descargas, emissões ou emanções que causem ou contribuam para a contaminação atmosférica ou do ambiente interior, de modo a não causar prejuízos ou moléstias às pessoas;
- as pessoas que se ocupem da construção de povoados, urbanização de terrenos, construção de edifícios devem obedecer às normas de saúde, assim como submeter o projeto à aprovação da autoridade de saúde. Estas normas deverão abranger: localização da área, qualidade de materiais, funcionalidade conforme o uso a que se destinem, iluminação e ventilação natural e artificial adequadas e saneamento básico.

3.1.4 - Reflexos dessas orientações: o código de Santa Catarina como caso típico

Na linha metodológica e de conteúdo apontados, o Código de Santa Catarina foi baixado através da Lei nº 6320, de 20 de dezembro de 1983, apresentando uma parte introdutória e dois Títulos: o primeiro, "Da saúde, sua promoção e defesa" e o segundo, "Das infrações e penalidades".

O Título I possui quatro capítulos: I - "Da saúde da pessoa e da família"; II - "Da saúde de terceiros"; III - "Deveres da pessoa com relação ao ambiente"; e IV - "Cemitérios. Disposição e traslado de cadáveres. Necrotério".

O Título II detalha infrações e penalidades, trazendo graduação, especificação e caracterização das infrações e penalidades, e bem assim, os elementos basilares do processo de apuração das infrações.

O conteúdo revela-se na sua inteireza à vista dos 21 Setores Temáticos de Regulamentação⁷ em que foi dividida a Lei, para efeito de elaboração de decretos regulamentares:

- 1 - Deveres básicos da pessoa;
- 2 - Direitos básicos da pessoa;
- 3 - Gestante;
- 4 - Criança;
- 5 - Transplantes e hematologia;
- 6 - Doença mental;
- 7 - Profissionais em ciências da saúde;
- 8 - Estabelecimentos de saúde;
- 9 - Doenças transmissíveis;

⁷Portaria nº 001/84/GT, de 02 de fevereiro de 1984, do Presidente do Grupo de Trabalho designado pelo Secretário da Saúde, para regulamentação da Lei 6320/83, publicada no Diário Oficial do Estado nº 12.401, de 10.02.84. A parte atinente a drogas e medicamentos não foi incluída na regulamentação, preferindo-se aplicar, diretamente, os textos federais das leis 5991/73 e 6360/76.

- 10 - Flora e fauna; zoonoses;
- 11 - Habitação urbana e rural;
- 12 - Estabelecimento industrial, comercial e agropecuário;
- 13 - Estabelecimento de ensino;
- 14 - Estabelecimento e locais de lazer;
- 15 - Alimentos e bebidas;
- 16 - Abastecimento de água;
- 17 - Substâncias e produtos perigosos;
- 18 - Divulgação, promoção e propaganda;
- 19 - Ambiente;
- 20 - Cemitérios e afins; e
- 21 - Infrações e penalidades: a) Dispositivos básicos; b) Processo administrativo.

3.1.5 - O quadro da legislação sanitária federal por ocasião da institucionalização do SUS

Por ocasião da instituição do Sistema Único de Saúde, a prática de reunir a legislação federal de saúde em torno de um único diploma legal havia sido, praticamente, abandonada. A época dos textos longos e onicompreensivos, como o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, aprovado pelo Dec. 16.300, de 31 de dezembro de 1923 (com 1679 artigos); e o Código Nacional de Saúde, aprovado pelo Dec. nº 49.974-A, havia passado.

As sugestões da OPAS foram adotadas e enriquecidas em Santa Catarina, porque no plano federal o Código Nacional de Saúde encontrava-se desfigurado e desatualizado. No tocante ao direito material, novas leis e Decretos-leis haviam surgido para regular as matérias de alimentos (DL

986/69), bebidas (Lei nº 5.823/72 e Dec. 73.267/73), medicamentos (Leis nº 5991/73 e 6360/76), vigilância epidemiológica (Lei 6.259/75), sal para consumo humano (6.150/74), fluoretação da água de abastecimento (Lei nº 6.050/74), estabelecimentos de saúde (Dec. nº 76.973/75), águas minerais de consumo humano (Dec. nº 78.171/76), padrões de potabilidade da água (Dec. nº 79.367/77), enfim, uma quantidade inumerável de diplomas legais que foram esvaziando o texto básico, a Lei 2.312/54.

Na parte processual, o Dec. 49.974-A, como a Lei 2.312/54, não iam além da enunciação de penalidades, omitindo-se, completamente, em relação ao respectivo procedimento legal de apuração das infrações e às garantias do administrado. O DL 785, de 25 de agosto de 1969, corrigiu e supriu a lacuna, dispondo especificamente sobre infrações, penalidades e o respectivo processo administrativo. Em 20 de agosto de 1977, a Lei nº 6.437 revogou o DL 785, passando a regular a matéria, com inegáveis avanços de ordem técnica, mas em moldes nitidamente centralizadores, em torno da União e do Ministério da Saúde, ao sabor do DL 200/67 e da Lei 6.229, de 17 de julho de 1975 (instituidora do Sistema Nacional de Saúde).

Nas últimas décadas, à medida que os serviços de assistência médica galgavam degraus na política, no planejamento, na estrutura básica e na legislação de Saúde, a Vigilância Sanitária mantinha-se no campo de comando do Ministério da Saúde. As exceções, ou interfaces com outros Ministérios, eram facilmente numeradas:

- O Ministério da Agricultura com competência para a inspeção industrial e sanitária de produtos de origem animal (Lei 1.283, de 18 de dezembro de 1950 e Dec. nº 30.691, de 29 de março de 1952), e a padronização,

classificação, inspeção e registro de bebidas (Lei nº 5.823, de 14 de dezembro de 1972 e Decreto nº 73.267, de 6 de dezembro de 1973)⁸.

- O Ministério da Educação e Cultura orientando a formação de pessoal de saúde.
- O Ministério do Interior atuando nas áreas de saneamento ambiental, ampliação dos sistemas de abastecimento d'água e de esgotos sanitários, orientação da política habitacional, radicação de populações, desenvolvimento regional e assistência a calamidades.
- O Ministério do Trabalho cuidando das atividades de higiene e segurança do trabalho e desenvolvendo programas de preparação de mão-de-obra para o setor saúde.

Grande era a concentração das ações nas mãos da União. O Ministério da Saúde mantinha a exclusividade nas atividades atinentes a registro e cancelamento dos produtos industrializados; a União exercia a atividade fiscalizadora, inclusive com competência exclusiva em relação a determinadas penalidades, como o cancelamento de registro de produtos, cancelamento de autorização para funcionamento de empresa e a inutilização de produto em todo o território nacional⁹, sendo o convênio o instrumento para delegação de tais competências.

3.1.6 - A realidade estadual

Os Estados podiam legislar complementarmente em matéria de saúde, e a prática do legislador estadual era incorporar e detalhar a legislação federal em seus códigos, inovando aqui e acolá, como foi o caso de Santa Catarina. No plano da execução das ações, os Estados atuavam com desenvoltura,

⁸Os Estados só poderiam intervir na fase de "distribuição ao consumidor" (art. 2º, inc. IV, do Dec. 73.267/73), ou então, mediante delegação por via de convênio (Lei 1.283/50, art. 3º, § 2º e Dec. 73.267/73, art. 3º).

⁹V. DIAS, H.P. *Vigilância sanitária de medicamentos e drogas*. Op. cit., p.272.

procurando articular-se à diretriz centralizadora da União (art. 14 da Lei 6.437/77). A ausência, no sistema, era do Município.

3.1.7 - A realidade dos Municípios

Os Municípios eram mantidos à margem das atividades de Vigilância Sanitária, antes do SUS e da Lei 8.080/90, limitando sua atuação, geralmente, aos antigos códigos de posturas. Limpeza urbana, varredura, licenciamento e localização de comércio ambulante, calçadas, terrenos baldios, enfim, as atividades de interesse estritamente local. O apoio direto do Município a atividades estaduais ou federais de fiscalização sanitária constituía a exceção e não a regra.

Em síntese: no plano das normas materiais, imperavam as leis esparsas, no plano federal, e as codificações, no plano estadual. E no plano processual, a Lei federal 6.437/77 unificava os procedimentos e centralizava em torno de si a legislação material pulverizada, sendo a grande responsável pela coesão do sistema, ou do arcabouço legal da Vigilância Sanitária. Esse papel aglutinador e sistematizador das normas processuais, e da Lei 6.437/77 especialmente, refletia-se também nos Estados, com alguma variação¹⁰.

3.2 - O Modelo do Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 foi um verdadeiro divisor de águas, no rumo de um novo perfil da Vigilância Sanitária.

¹⁰A este respeito já se teve oportunidade de realizar pesquisa, envolvendo um estudo comparado dos códigos sanitários dos Estados-Membros. V. PILATI, José Isaac. *O processo administrativo sanitário na Federação Brasileira*, cit.

O Sistema anterior (CF de 1967 e sua Emenda de 1969), erigia-se num federalismo centralizado, de competências estanques, que se delegavam através de convênios (art. 13, § 3º).

A União estabelecia, de cima para baixo, e executava os planos nacionais de saúde e de desenvolvimento regional (art 8º., inciso XIV), legislava sobre normas gerais "de defesa e proteção da saúde" (inciso XVIII), os Estados legislavam "supletivamente", sobre a matéria, e o Município ficava restrito ao genérico "peculiar interesse" do art. 15¹¹.

Em 1988 o Município é elevado à condição de Unidade da Federação e a concepção filosófica do federalismo é modificada, em favor da descentralização, da mútua colaboração entre as três esferas de governo e da Participação da população. Nestes moldes é instituído o **Sistema Único de Saúde-SUS**.

A implantação do SUS, portanto, deveria desencadear uma profunda reforma, não só nos planos político-institucionais e administrativos, mas, principalmente, nas mentalidades. Tais mudanças começaram a tomar corpo e vulto com as definições infraconstitucionais, sendo a principal delas a **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, conhecida como **Lei Orgânica da Saúde - LOS**.

3.2.1 - A Lei 8.080/90: contexto e eficácia no direito positivo

A Lei Fundamental trata da Saúde, como já referido no presente trabalho, no Título VIII, "**Da Ordem Social**", que "tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais"(art. 193).

A Saúde é um dos tripés da Seguridade Social, definida como o "conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da

¹¹SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1987. p.62.

sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à **saúde**, à **previdência** e à **assistência social**"(art. 194).

Os objetivos da seguridade social vão desde a universalidade da cobertura e do atendimento, da uniformidade e equivalência dos benefícios, até o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com participação da comunidade e das principais categorias interessadas (parágrafo único do art. 194).

Deste Título, da Ordem Social, surgiram, no plano infraconstitucional e na linha de tais princípios, **duas leis** básicas, e portanto, geminadas, que são: a) a **Lei Orgânica da Seguridade Social**, nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que "dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências"; e b) a **Lei Orgânica da Saúde**, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências".

Na esteira da Lei nº 8.080/90, surgiu a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que "dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências", Lei esta que veio restabelecer alguns dispositivos antes vetados, por ocasião da ardorosa tramitação da Lei nº 8.080/90, no Congresso Nacional. Pode-se dizer que se trata de duas leis que, na verdade, deveriam ser uma só. A Lei nº 8.142/90 conta com um Decreto, de nº 99.438, de 7 de agosto de 1990, que "dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde".

Este contexto, em que se insere a nova Vigilância Sanitária, complementa-se com dois traços: a) o caráter de **lei nacional** da Lei 8080/90; e b) a sua condição, juntamente com todas as normas de saúde, de **lei de ordem pública**.

A LOS, com efeito, é uma típica "lei geral", situada entre as chamadas "leis nacionais", que são, segundo DALLARI¹², "aquelas que possuem campo constitucional próprio exclusivo e que ali prevalecem '*em razão da delimitação constitucional e não de hierarquia*', sobre as demais leis, não podendo, entretanto, dispor sobre matéria própria de lei federal, estadual ou municipal. Com apoio em José Afonso da Silva, afirma que são aquelas que estabelecem princípios e diretrizes da ação legislativa das outras esferas, e possibilitam, exatamente, a formalização de um Sistema Nacional de Saúde "numa organização política altamente descentralizada"¹³.

O segundo registro é baseado no art. 197 da Constituição, que confere a condição de **relevância pública** às ações e serviços de saúde. Este dispositivo, recomendado, inclusive pela Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS, conforme visto linhas atrás deste capítulo, tem o sentido de que as normas de Saúde prevalecem sobre quaisquer disposições de igual validade formal, no caso de conflito¹⁴.

E em termos de conteúdo, quais foram as mudanças introduzidas pelo novo modelo? De fato, são princípios, diretrizes, conceitos e definições estruturais, distribuição de competências e normas de gestão absolutamente novos em relação ao sistema anterior. Para fornecer uma visão geral do novo quadro, cumpre realizar um estudo descritivo da LOS, a começar pelos aspectos mais gerais.

¹²DALLARI, Sueli Gandolfi. *Municipalização dos serviços de saúde*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.19. O assunto foi clareado por Geraldo Ataliba, em artigo publicado na Revista de Direito Público, conforme PASOLD, C.L. *Da função social do Estado contemporâneo ao estudo político e jurídico de um de seus segmentos: a saúde pública*. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1983. Tese de Doutorado. p. 116.

¹³DALLARI, S.G. Loc. cit.

¹⁴O art.197 da Magna Carta deve ser associado ao art. 129, inciso II, que estabelece, entre as funções institucionais do Ministério Público, zelar pelo efetivo respeito aos serviços de relevância pública, "promovendo as medidas necessárias a sua garantia".

3.2.2 - Aspectos formais da LOS

São 55 artigos (com muitos vetos) divididos em capítulos e seções.

O artigo 1º precede toda a estrutura de títulos e subtítulos do texto, à guisa de disposição preliminar, enunciando o objeto da Lei. As "Disposições Gerais", do Título I, iniciam no artigo 2º e abrangem o artigo 3º, para destacar a amplitude do conceito de saúde, na nova Ordem Jurídica.

O Título II trata do Sistema Único de Saúde, e é o mais extenso de todos, indo do artigo 4º ao 19. Após uma "Disposição preliminar", de que se ocupa o artigo 4º, definindo o SUS, desdobra-se em quatro capítulos, que trazem: "Objetivos e atribuições" do SUS (Capítulo I, artigos 5º e 6º); "Princípios e diretrizes"(Capítulo II, artigo 7º); "Organização, direção e gestão" (Capítulo III, artigos 8º a 14); e "Competências e atribuições" (Capítulo IV, artigos 15 a 19). Este último é o único capítulo do texto a subdividir-se em seções: "Das atribuições comuns" da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no SUS (Seção I, art. 15); e "Da competência" de cada esfera de governo no Sistema (Seção II, artigos 16 a 19).

O Título III regula os "Serviços privados de assistência à saúde"(artigos 20 a 26), em dois capítulos: "Funcionamento" desses serviços complementares ao Sistema (Capítulo I, artigos 20 a 23) e, exatamente, "Participação complementar"(Capítulo II, artigos 24 a 26).

Já o Título IV dispõe sobre "Recursos Humanos", no âmbito do SUS, dedicando ao assunto os artigos 27 a 30, sem qualquer subdivisão.

Por último, o Título V disciplina, do artigo 31 ao 55, o problema crucial do "Financiamento" das ações e serviços, fazendo-o em três capítulos, a saber: "Recursos" (Capítulo I, artigos 31 e 32); "Gestão financeira" (Capítulo II, artigos 33 a 35); e "Planejamento e orçamento" (Capítulo III, artigos 36 a 38).

Esta, pois, é a estrutura formal da LOS. Passa-se, agora, a um rápido exame do seu conteúdo, artigo por artigo.

3.2.3 - Objeto e extensão do campo normativo

O texto inicia dispondó que a LOS regula, no território nacional, todas e quaisquer ações e serviços de saúde, sejam eles executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas, tanto de direito público como de direito privado.

Seu comando, e sem dúvida os seus regulamentos, alcançam qualquer ação ou serviço de saúde pública ou individual, independentemente do sujeito ativo ou passivo, ou mesmo, do caráter isolado ou eventual que possam ter.

3.2.4 - A saúde como direito fundamental em noção ampliada

O art. 2º, na esteira do art. 196 da CF, dispõe que a saúde é um direito fundamental "do ser humano", devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício. Este dever do Estado consiste na formulação e execução das políticas sociais e econômicas pertinentes, o que não exclui a parcela de responsabilidade das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Proteger a Saúde não é monopólio do Estado.

Concomitantemente, a nova ordem jurídica consagra um perfil mais extenso e conseqüente da Saúde, incluindo nele os seus fatores determinantes e condicionantes: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais. É o art. 3º, que em consonância com o art. 6º da CF, aduz: "os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País".

Assegura-se à Vigilância Sanitária, assim, um amplo espectro de intervenção, como consequência do conceito de saúde e da relevância pública da norma que o assegura.

3.2.5 - O Sistema Único de Saúde: definição

O SUS, na linha do art. 198 da CF, é assim definido: "O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS" (art. 4º).

Nele estão incluídas as instituições públicas das três esferas de governo, de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde. A iniciativa privada também participa, em caráter complementar.

O SUS, portanto, não tem personalidade jurídica própria, não é uma pessoa jurídica¹⁵, posto que cada esfera de governo mantém a sua autonomia e responde pelos próprios atos. O que ocorre é que uma norma geral racionaliza e unifica um setor de atividade estatal, para que seja administrado em conjunto, e dentro da realidade federativa; isto é estabelecido mediante princípios e diretrizes comuns, a par de atribuições específicas de cada uma das esferas de governo; o sistema completa-se através da criação de instâncias de deliberação e decisão, bipartites, tripartites, e até mesmo, verdadeiras assembléias gerais, como são as Conferências de Saúde (abertas a toda a Sociedade).

¹⁵Nem mesmo uma pessoa jurídica formal, como a herança jacente ou vacante, a massa falida e o espólio, a teor do art. 12 e incisos do Código de Processo Civil.

3.2.6 - Objetivos e atribuições do SUS

São objetivos do SUS: I - Identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - formular política de saúde destinada a promovê-la no campo econômico e social; III - dar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integrada, tanto no que tange a ações assistenciais como preventivas (art. 5º).

Entre as suas atribuições está incluída a atuação nos seguintes campos:

- I - A execução de ações: a) **de vigilância sanitária**; b) epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados (art. 6º, com pequenos acréscimos ao art. 200 da CF) .

3.2.7 - Definição de Vigilância Sanitária

"Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde" (art. 6º, § 1º, da Lei 8.080/90).

Basicamente, é isto: a autoridade pública, com fundamento nas ciências da saúde e no interesse da coletividade, ao identificar determinadas situações potencialmente perigosas para a saúde, sejam elas decorrentes de problemas sanitários como os do meio ambiente, ou da natureza de certos bens, como os alimentos, ou de certos serviços, como aqueles prestados em estabelecimentos de saúde, e desde que haja previsão legal, é autorizada a intervir na esfera de liberdade ou de propriedade do administrado, tentando eliminar, diminuir ou prevenir o risco.

No caso dos alimentos, cujos problemas são mais comuns e corriqueiros, é sabido que eles podem causar agravos à saúde de diversas maneiras. Uma embalagem inadequada pode contaminar o produto e até causar óbitos; um aditivo ou conservante pode ser cancerígeno, e portanto,

deve ser proibido; um mau condicionamento, no transporte, pode comprometer um pescado ou laticínio; um descuido na armazenagem pode levar um alimento a comprometer o outro; enfim, são inumeráveis os perigos decorrentes desse tipo de produto ou substância, motivo pelo qual dependem de registro, são submetidos a rigorosa vigilância e mantidos sob permanente fiscalização.

Para evitar o empirismo e a improvisação, e de acordo com o próprio espírito do novo modelo, a Lei procura racionalizar as ações através da epidemiologia.

3.2.8 - Definição de vigilância epidemiológica

"Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos" (art.6º, § 2º da LOS).

A epidemiologia, com efeito, é o principal instrumento para identificação dos pontos mais críticos e uma segura orientação à atuação das autoridades de saúde junto aos fatores determinantes e condicionantes da saúde. Bastante desenvolvida, especialmente a partir do último quartel do século passado, graças aos progressos da Patologia¹⁶, ganha agora esse espaço na racionalização das ações de Vigilância Sanitária. O item VII, do art. 7º da LOS é incisivo: está entre os princípios do SUS a utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades, alocar recursos e buscar orientação programática.¹⁷

¹⁶ FORATTINI, Osvaldo P. *Epidemiologia geral*. São Paulo: Artes Médicas, 1980. p.61.

¹⁷Que é, quais são os objetivos e qual é a metodologia da Epidemiologia? FORATTINI, Op. cit., p. 61-63, diz que assim como a Clínica ocupa-se do exame do corpo do paciente, procura descrever alterações do funcionamento normal, diagnosticar os motivos e prescrever o tratamento, "...a Epidemiologia propõe-se

O Ministério da Saúde¹⁸ apresenta o seguinte conceito de epidemiologia: "É a ciência que estuda a forma como as doenças acontecem numa sociedade, buscando encontrar os fatores determinantes dessas doenças e assim melhor prevenir e cuidar da saúde das pessoas. Leva em conta, além das causas específicas de surgimento das doenças (agentes etiológicos), os fatores sócio-econômicos, culturais e ambientais que favorecem a manifestação das doenças na sociedade".

3.2.9 - Definição de saúde do trabalhador

"Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho"...(art. 6º, § 3º da LOS).

Estas atividades abrangem:

I - assistência no acidente do trabalho e na doença profissional;

a realizar tarefa análoga no *corpo populacional*, ou seja, descrever os agravos que ali ocorrem, apontar as causas e orientar a indicação dos meios de controle e de profilaxia". De maneira geral, portanto, a finalidade do estudo da Epidemiologia é a descrição de um *quadro epidemiológico* e sua profilaxia.

Assim, para defini-la, "não há como fugir à contingência de subordiná-la a duas finalidades e a três técnicas essenciais", sendo que as primeiras "consistem na descrição dos quadros dos agravos e na determinação de suas causas"; e as segundas "destinam-se, fundamentalmente, à análise da distribuição desses eventos, segundo as características dos indivíduos que compõem a população, de acordo com o tempo e o espaço".

A observação individual não é suficiente para determinar as causas dos desvios da saúde, sendo necessário "um enfoque mais amplo".

"Concluindo", prossegue FORATTINI, pode-se deduzir que, essencialmente, os objetivos da Epidemiologia são: a descrição da história natural das doenças e dos agravos à saúde; e a descoberta das causas e dos meios adequados para afastá-las da população".

Para atingir seus objetivos, lança mão a Epidemiologia de "técnicas e métodos variados", desde a obtenção de dados "que permitam a análise quantitativa", até a prática de focalizar a pesquisa "na população geral, e não apenas nos indivíduos doentes ou atingidos pelo agravo".

¹⁸MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de referências para o controle social: manual do conselheiro. Brasília, 1994. p.45.

- II - participação do trabalhador nas atividades de controle dos riscos e agravos potenciais do processo de trabalho, no SUS;
- III - participação nas atividades de normatização, fiscalização e controle de todo o processo produtivo, em tudo o que apresente risco à saúde do trabalhador;
- IV - avaliação do impacto das novas tecnologias sobre a saúde;
- V - informação ao trabalhador, sindicato e empresa sobre os riscos de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho, assim como o resultado de qualquer fiscalização, avaliação e outras informações, "respeitados os preceitos da ética profissional";
- VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de interesse à saúde do trabalhador, nas empresas públicas e privadas;
- VII - revisão periódica da listagem oficial das doenças do setor, com a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII - legitimação do sindicato para pleitear a interdição de máquina, setor, ou ambiente de trabalho à existência de risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores¹⁹.

Para a Vigilância Sanitária, no novo modelo, a saúde do trabalhador é uma atividade especializada a mais, importando num acréscimo à sua legislação, em necessidade de formação e capacitação de equipe de fiscalização e infra-estrutura adequada. Para os serviços de saúde do SUS, também, é uma nova área.

É em suma um campo de atividades interdisciplinares, como destacam CARVALHO e SANTOS²⁰, "em que os aportes da engenharia, da medicina, da saúde pública, da sociologia, da psicologia, da ergonomia e de outros ramos da ciência e da tecnologia concorrem para a promoção e proteção da saúde

¹⁹Além dessas disposições, existem diversas e freqüentes referências ao tema, na LOS. V. art. 13, VI e art. 15, VI.

²⁰CARVALHO, Guido Ivan de, SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 156 e 157.

dos trabalhadores e da melhoria das condições e do ambiente de trabalho". É uma área, afirmam, que sempre desperta o interesse da Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), de sorte que "muitos preceitos do nosso direito positivo sobre o assunto, e que estão na CLT e na legislação esparsa, procedem de convenções internacionais a que o Brasil aderiu".

A nova expressão **saúde do trabalhador**, sublinham os citados autores, também, ganha no SUS um significado mais amplo do que o de *inspeção do trabalho* do Decreto nº 55.841, de 15 de março de 1965, incorporado à CLT, e o de *segurança e medicina do trabalho*, de que trata o art. 154 da mesma Consolidação (com a redação da Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977).

Com a LOS, a Saúde do Trabalhador sai da esfera do Ministério do Trabalho (que antes abrangia a Previdência Social), obrigando a uma revisão de toda a legislação anterior, elencada pelos autores em questão: Decreto nº 55.841/65, com as alterações dos Decretos 57.819, de 15 de fevereiro de 1966 e 65.557, de 21 de outubro de 1969 - Regulamento da Inspeção do Trabalho; art. 154 e ss. da CLT e correspondentes Normas Regulamentadoras - relativos à segurança e saúde do trabalhador²¹.

3.2.10 - Princípios e diretrizes do SUS

No art. 7º, a LOS acrescenta às diretrizes do art. 198 da CF, treze incisos, que são os **princípios do SUS**:

²¹Idem, p. 157-8. CARVALHO e SANTOS denunciam ainda, e convém deixar registrado, um verdadeiro retrocesso, ou melhor dizendo, uma invasão de competência por parte do Ministério do Trabalho na área de saúde do trabalhador, afirmando que devem ser revogadas "as recentes atribuições conferidas ilegalmente ao INSS (parte final do inciso IV do art. 3º do Decreto nº 99.350, de 27.6.90, que cria o INSS e está em desacordo com o § 4º do art. 2º da Lei nº 8.029, de 12.4.90; bem como parte do art. 10 do Decreto nº 34, de 8.2.91, que aprova a Estrutura Regimental do INSS, e alguns dispositivos da Portaria MTPS nº 3.194, de 12.4.91, que aprova o Regimento Interno do INSS) e ao MTb (Decreto nº 509, de 24.4.92, que aprova a Estrutura Regimental do MTb, art. 14, I, II, III, e IV)"(p. 156). A preocupação com a urgente definição das atribuições, frente ao Ministério do Trabalho e seus órgãos é procedente e os problemas, também aqui, denotam as dificuldades que são encontradas na fase de implantação do SUS.

I - universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência;

II - integralidade da assistência;

III - preservação da autonomia das pessoas;

IV - igualdade da assistência;

V - direito à informação às pessoas assistidas;

VI - divulgação dos serviços e sua utilização;

VII - utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades, alocar recursos e estabelecer a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, e:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços;

X - integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento, no plano executivo;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos de todas as esferas, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços de forma a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

3.2.11 - Organização, direção e gestão

As ações e serviços do SUS serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (art.8º), com direção única em cada esfera de Governo (Ministério ou Secretaria).

A Lei também abre espaço para a formação de consórcios entre os municípios (art. 10), com direção única, estabelecida no respectivo ato constitutivo. Assim, uma região de pequenos municípios, ou mesmo uma região metropolitana, podem contar com um sistema próprio, racionalmente organizado, com grande economia de recursos e integração de ações.

No interior de cada Município, ou dos grandes municípios, o SUS poderá ser organizado em distritos, integrando e articulando recursos, técnicas e práticas para cobertura total (art. 10, § 2º).

Na mesma linha, outro instrumento novo são as comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil (art. 12). Essas comissões, aduz o parágrafo único do artigo, terão a finalidade de articular políticas e programas, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS. Trata-se de um instrumento valioso a serviço do próprio conceito ampliado de saúde, adotado pela LOS.

Esta articulação das comissões intersetoriais abrangerá, "em especial" (art. 13), as atividades de: I - alimentação e nutrição; II - saneamento e meio ambiente; III - **vigilância sanitária** e farmacoepidemiologia; IV - recursos humanos; V - ciência e tecnologia; e VI - saúde do trabalhador.

O legislador criou, também, comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior (art. 14). A finalidade de cada uma é propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, bem como para a pesquisa e a cooperação técnica entre essas instituições.

Tais comissões intersetoriais e de integração são objeto do Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990, que dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde (arts. 6º e 7º)²².

3.2.12 - Atribuições comuns das esferas de governo no SUS

São atribuições comuns, em âmbito administrativo, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, nos termos do art. 15 da LOS:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros de cada ano;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação em saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos da assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade à saúde do trabalhador;
- VII - saneamento básico e proteção e recuperação do meio ambiente (participação na formulação da política e na execução das ações);

²²Decreto nº 99.438/90: Art. 6º - O CNS poderá convidar entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais ou estrangeiros, para colaborarem em estudos ou participarem de comissões instituídas no âmbito do próprio CNS, sob coordenação de um dos membros.

Parágrafo único. As comissões terão a finalidade de promover estudos com vistas à compatibilização de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, em especial:

- a) alimentação e nutrição;
- b) saneamento e meio ambiente;
- c) vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- d) recursos humanos;
- e) ciência e tecnologia; e
- f) saúde do trabalhador.

Art. 7º - Serão criadas comissões de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde-SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

- VIII - plano de saúde (elaboração e atualização periódica);
- IX - recursos humanos para a saúde (participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento);
- X - proposta orçamentária do SUS (elaboração de acordo com o plano de saúde);
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - requisição de bens e serviços, de pessoas naturais ou jurídicas, em situações de perigo à saúde, mediante justa indenização;
- XIV - Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (implementar);
- XV - convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente (propor a celebração);
- XVI - normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde (elaboração);
- XVII - articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional, e outras entidades representativas da sociedade civil, para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - **poder de polícia sanitária** (definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização que lhe são inerentes);
- XXI - programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial (fomentar, coordenar e executar).

Trata-se de atividades que importam em articulação. Instâncias de controle, avaliação, sistema de informações, padrões e normas técnicas, orçamento, plano de saúde, coordenação dos serviços privados, medidas de

emergência, pesquisa, formulação de políticas, projetos estratégicos, não podem ser objeto de decisão isolada.

3.2.13 - Competências da direção nacional do SUS

A direção nacional do SUS possui as seguintes competências (art. 16):

- I - políticas de alimentação e nutrição (formular, avaliar e apoiar);
- II - agressões ao meio ambiente, saneamento básico e ambientes de trabalho (participar na formulação e na implementação das políticas);
- III - redes integradas de alta complexidade, rede de laboratórios de saúde pública, vigilância epidemiológica e de **vigilância sanitária** (definir e coordenar os sistemas);
- IV - agravos sobre o meio ambiente, ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana (participar da definição e mecanismos de controle, com órgãos afins);
- V - condições e ambientes de trabalho e política de saúde do trabalhador (participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle dos primeiros e coordenar a segunda);
- VI - vigilância epidemiológica (coordenar e participar na execução das ações);
- VII - vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras (estabelecer normas e executar, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios);
- VIII - controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano (estabelecer critérios, parâmetros e métodos);
- IX - promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

- X - política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde (formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução, em articulação com os demais órgãos governamentais);
- XI - padrões técnicos de assistência à saúde (identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o seu estabelecimento);
- XII - procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde (controlar e fiscalizar);
- XIII - cooperação técnica e financeira: aos Estados, Distrito Federal e Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional);
- XIV - relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde (elaborar normas para regulá-las);
- XV - descentralização dos serviços e ações de saúde (promovê-la para as Unidades Federadas e Municípios, de acordo com a sua abrangência);
- XVI - Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (normatizar e coordenar nacionalmente) (v.art.15,XIV);
- XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- XVIII - planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS (elaborá-lo em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal);
- XIX - Sistema Nacional de Auditoria e avaliação técnica e financeira do SUS (estabelecer e coordenar, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal).

A União pode, também, executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais: na ocorrência de agravos inusitados, que possam escapar do controle da direção estadual ou que representem risco de disseminação nacional (art. 16, parágrafo único e art. 15, XIII e XXI).

A União tem a seu encargo a formulação das políticas e diretrizes gerais, as avaliações globais, só intervindo na execução em circunstâncias especiais e, portanto, ao nível de exceção.

3.2.14 - Competências da direção estadual do SUS

Incluem-se entre as competências da direção estadual do Sistema Único de Saúde, segundo o art. 17 da Lei 8.080/90:

- I - descentralização para os municípios, dos serviços e das ações de saúde (promovê-la);
- II - redes hierarquizadas do SUS (acompanhar, controlar e avaliar);
- III - apoio técnico e financeiro aos municípios; execução, supletivamente, das ações e serviços de saúde;
- IV - ações de vigilância epidemiológica, de **vigilância sanitária**, de alimentação e nutrição, de saúde do trabalhador (**coordenar e em caráter complementar, executar**);
- V - agravos do meio ambiente, que tenham repercussão na saúde humana (participar do controle, junto com os órgãos afins);
- VI - ações de saneamento básico (participar da formulação da política e da execução de ações);
- VII - condições e ambientes de trabalho (participar das ações de controle e avaliação);
- VIII - política de insumos e equipamentos para a saúde (em caráter complementar formular, executar, acompanhar e avaliar);
- IX - estabelecimentos hospitalares de referência (identificar); sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional (gerir);

- X - rede estadual de laboratórios de saúde pública (coordenar); hemocentros (coordenar) e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - ações e serviços de saúde (estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação);
- XII - procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano (formular normas e estabelecer padrões, em caráter complementar);
- XIII - vigilância de portos, aeroportos e fronteiras (colaborar com a União na execução);
- XIV - indicadores de morbidade e mortalidade (acompanhar, avaliar e divulgar, no âmbito da Unidade Federada).

Observa-se que o Estado-Membro ocupa uma importante posição, intermediária, regional, no SUS: coordena, participa, colabora, divulga, avalia. No tocante à execução de ações, a sua competência é supletiva, tanto em relação à União como, e principalmente, em relação aos Municípios.

Outro papel importantíssimo do Estado-Membro é em relação aos convênios de municipalização da Vigilância Sanitária, na fase de transição e implantação do SUS, posto que os municípios não teriam condições de assumir de imediato tais ações. O papel do Estado foi e está sendo decisivo no processo gradual de mudança.

3.2.15 - Competências da direção municipal do SUS

É competência da direção municipal do SUS:

- I - serviços de saúde (planejar, organizar, controlar e avaliar); serviços públicos de saúde (gerir e executar);

- II - rede regionalizada e hierarquizada do SUS (participar do planejamento, programação e organização, em articulação com sua direção estadual);
- III - condições e ambientes de trabalho (participar da execução, controle e avaliação das ações respectivas);
- IV - **execução dos serviços de:**
 - vigilância epidemiológica;
 - vigilância sanitária;**
 - alimentação e nutrição;
 - saneamento básico;
 - saúde do trabalhador;
- V - insumos e equipamentos para a saúde (dar execução, no âmbito municipal, à política respectiva);
- VI - agressões ao meio ambiente com repercussão sobre a saúde humana (colaborar na fiscalização, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las);
- VII - consórcios administrativos municipais (formar);
- VIII - laboratórios públicos de saúde e hemocentros (gerir);
- IX - vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras (colaborar com a União e com os Estados);
- X - serviços privados de saúde (contratos, convênios - v. art. 26 -, controlar e avaliar a execução);
- XI - serviços privados de saúde (controlar e fiscalizar os procedimentos);
- XII - normatizar complementarmente (as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação)²³.

O Município, pois, como Unidade da Federação (art. 1º da CF), passa à condição de executor das ações e serviços, especialmente de Vigilância

²³O Município normatiza, na sua esfera de competência constitucional, a respeito dos serviços públicos, mas não sobre serviços privados, que são da competência da direção nacional do SUS (art. 16, inciso XIV da LOS). O Estado-Membro controla e avalia a execução e fiscaliza os procedimentos, dos serviços privados (art. 18, incisos X e XI).

Sanitária. Esta é, ao lado da Participação da Comunidade, o ponto mais significativo de mudança em relação ao sistema anterior.

3.2.16 - Competências do Distrito Federal no SUS

Dispõe o art. 19 da LOS que ao Distrito Federal estão reservadas as mesmas atribuições dos Estados e dos Municípios, o que se dá em função da sua anômala condição na Federação Brasileira.

"Não é Estado. Não é Município. É a Capital da União", diz JOSÉ AFONSO DA SILVA²⁴, que lhe atribui a natureza jurídica de *autarquia territorial*. E MEIRELLES²⁵: "É um Estado-Membro anômalo, entidade estatal portanto, e não apenas *autarquia territorial*, como são os territórios federais".

"No nosso entendimento", opina FERREIRA²⁶, "... é uma pessoa jurídica como corporação político-constitucional praticamente equiparada ao Estado-Membro, no texto da atual Constituição".

A Carta Magna trata do Distrito Federal no art. 32, sendo que o art. 19 da LOS apenas repisa o § 1º do referido dispositivo.

3.2.17 - A participação privada nos serviços de assistência à saúde

Segundo o art. 20 da LOS, serviços privados de assistência à saúde, no SUS, são aqueles que se caracterizam por iniciativa própria, de profissionais liberais, "legalmente habilitados", e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

²⁴SILVA, op. cit., p.165.

²⁵MEIRELLES, op. cit., p.681.

²⁶FERREIRA, Pinto. *Manual de direito constitucional*. Rio de Janeiro: Forense, 1992, p.195.

A assistência à saúde fica livre à iniciativa privada, que se conduzirá pelos princípios éticos e as normas do SUS, "quanto às condições para o seu funcionamento" (art. 22).

Todavia, é vedada a participação, ainda que indireta, de empresas ou capitais estrangeiros, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à ONU, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos (art. 23); mas de qualquer modo, é obrigatória a autorização e controle da direção nacional do SUS.

Estão dispensados destas regras, unicamente, os serviços de saúde prestados no âmbito interno da empresa aos próprios empregados, "sem qualquer ônus para a Seguridade Social".

O art. 24 estabelece que o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial de uma determinada área. Neste caso, a participação complementar é formalizada mediante contrato ou convênio, observadas as normas de direito público.

As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência, de qualquer maneira, em relação àquelas que tem por objetivo o lucro.

No tocante aos critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial, prevê o art. 26 que serão estabelecidos pela direção nacional, mediante aprovação do Conselho Nacional de Saúde. A direção nacional, porém, deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade dos serviços contratados.

Tais serviços, acrescenta o § 2º do art. 26, deverão submeter-se às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS, "mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato". E o parágrafo seguinte veda a ocupação de cargos de chefia, ou função de confiança, na

estrutura do SUS, por proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados.

Não resta dúvidas. Os serviços contratados são submetidos a controle e fiscalização especiais; mas como serviços de saúde, de qualquer maneira, já se encontram sob a tutela da Vigilância Sanitária, seja no tocante aos estabelecimentos, equipamentos, exercício profissional e todos os bens e serviços de interesse, direto ou indireto, da saúde.

3.2.18 - Os recursos humanos no SUS

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada **articuladamente** pelas diversas esferas de governo, cumprindo os seguintes objetivos (art. 27 da LOS) :

I - organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - valorização da dedicação exclusiva.

Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento só poderão ser exercidos em regime de tempo integral (art. 28). E no caso de cumulação legal, o servidor pode exercer a atividade em mais de um estabelecimento do SUS, inclusive em regime de tempo integral.

O art. 30 trata das especializações - "na forma de treinamento em serviço sob supervisão" -, estabelecendo que serão regulamentadas por comissão nacional, instituída de acordo com o art. 12, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

Evidentemente que, além dos aspectos e problemas específicos da área (formação, capacitação, recrutamento e seleção, plano de cargos e vencimentos, treinamento), uma questão importante do setor de recursos

humanos a administrar será a fase de implantação do SUS. A reunião em sistema único faz aflorar diferenças salariais, vantagens não estendidas, problemas de hierarquia, rivalidades entre quadros, enfim, uma série de dificuldades, típicas da transição de um modelo para outro. Quais as principais medidas que devem ser tomadas no plano jurídico-legal, para encaminhar soluções mais adequadas?

3.2.19 - Financiamento do SUS

O SUS recebe recursos de **dois canais**, segundo os artigos 31 e 32 da LOS:

- a) do orçamento da Seguridade Social, atendendo proposta elaborada pela direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e da assistência social, "tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias"(art. 31); e
- b) de outras fontes: I - serviços (sem prejuízo da assistência à saúde); II - ajuda, contribuições, doações e donativos; III - alienações patrimoniais e rendimentos de capital; IV - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS; e V - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais (art. 32).

Tais receitas serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder em que forem arrecadadas. O problema será sempre, com certeza, a redistribuição dos recursos, das esferas superiores para as locais.

As ações de saneamento executadas supletivamente, pelo SUS, recebem um tratamento especial: serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (art. 32, § 3º).

A pesquisa, o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiados pelo próprio SUS, pelas Universidades e pelo orçamento fiscal, assim como por instituições de fomento e financiamento, ou por recursos de origem externa e por receitas próprias das instituições executoras (§ 5º do mesmo art. 32 da LOS).

Todos estes dispositivos, entretanto, devem ser examinados sem perder de vista o art. 195 da CF, que trata do financiamento da seguridade social e o art. 2º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a forma como deverão ser alocados os recursos do Fundo Nacional de Saúde-FNS.

No caso específico do Município e seu dia-a-dia de administração, cumpre destacar que a arrecadação de taxas, multas, emolumentos e preços públicos, decorrentes do exercício da fiscalização, constituem preocupações ligadas diretamente à Vigilância Sanitária e sua autonomia de gestão.

3.2.20 - Gestão financeira

Os recursos financeiros serão depositados em **conta especial**, em cada esfera de atuação do SUS, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde (art. 33).

Este dispositivo é melhor explicitado pelo art. 4º da Lei nº 8.142/90, segundo o qual, para receber os recursos, as esferas governamentais deverão contar com: **Fundo de Saúde**, Conselho de Saúde (Dec. 99.438, de 7 de agosto de 1990), Plano de Saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos para a saúde do respectivo orçamento e comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

Deve-se observar que foi graças a esta imposição que Estados e Municípios elaboraram seus Planos de Saúde e se obrigaram a criar os instrumentos mínimos de institucionalização do SUS, iniciativa que seria bem

mais difícil de conseguir por outros meios, como a pressão popular, por exemplo.

Na esfera Federal, nos termos do § 1º do art. 33, da LOS, os recursos financeiros serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

Quanto aos recursos repassados às demais esferas, o MS acompanhará a sua aplicação ou não, em conformidade com a programação aprovada, através de seu sistema de auditoria. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, tomará as medidas previstas em lei (art. 33, § 4º). Na esteira deste dispositivo, o parágrafo único do citado art. 4º da Lei 8.142/90 estabelece que o não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos previstos no "caput" e seus incisos, "implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União".

Voltando à LOS e seu art. 34, as autoridades responsáveis pela distribuição da receita, efetivamente arrecadada, transferirão automaticamente ao FNS os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no orçamento da Seguridade Social; beneficiados serão, a partir daí, os projetos e atividades constantes do Plano respectivo, em cada esfera de governo, a serem executados no âmbito do SUS. Na distribuição, será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no orçamento da Seguridade Social.

O art. 35 traz os critérios para a distribuição de valores a Estados e Municípios:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio (art.35, § 1º).

Para aqueles Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração serão ponderados outros indicadores de crescimento populacional, "em especial o número de eleitores registrados" (§ 2º)²⁷.

3.2.21 - Planejamento e orçamento

O processo de planejamento e orçamento do SUS será **ascendente**, ou seja, do nível local até o federal (art.36). Os órgãos deliberativos serão ouvidos, e se procederá de forma a compatibilizar as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

A base das atividades e programações de cada nível de direção serão os planos de saúde, e o financiamento respectivo será previsto na proposta orçamentária. As ações não previstas nos planos de saúde não poderão receber

²⁷O Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, dispondo sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, acrescentou, a propósito deste artigo, entre outras coisas, o seguinte:

- 1) O repasse dos recursos independe de convênio ou outro instrumento do gênero;
- 2) Enquanto não forem estabelecidas as diretrizes, previstas no artigo em tela, a transferência "será feita exclusivamente pelo quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE";
- 3) O repasse é condicionado à existência do Plano de Saúde (consolidado na esfera regional e estadual);
- 4) A movimentação dos recursos é fiscalizada pelo Conselho de Saúde (sem prejuízo de outros órgãos do ramo) e acompanhada pela União, que tem a função coordenadora e o controle finalístico do SUS.

transferências de recursos, salvo em situações emergenciais ou de calamidade pública, "na área da saúde" (art.36, § 2º).

As diretrizes para a elaboração dos planos de saúde serão estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, que o fará em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada "jurisdição" (sic) administrativa (art. 37).

É vedada, enfim, a destinação de subvenção e auxílios a instituições de finalidade lucrativa.

Como se pode perceber, a Vigilância Sanitária, como subsistema do SUS, fica obrigada a perfilhar-se com todas estas normas e diretrizes, que observadas, podem conduzir à eliminação do improvisado e da falta de racionalidade no emprego dos recursos.

3.2.22 - Disposições finais e transitórias

As disposições finais trazem uma série de dispositivos, mas dois destaques podem ser feitos, no interesse para a Vigilância Sanitária: a) a garantia de acesso às secretarias estaduais e municipais ou órgãos congêneres aos serviços de informática do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Previdência Social, "como suporte de gestão", seja das contas, seja das estatísticas sanitárias e epidemiológicas; e b) o art. 47 estabelece o prazo de dois anos para que o Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais, organize um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

3.3 - Em síntese

Examinados, descritivamente os dois modelos, pode-se identificar um elenco de pontos diferenciais entre o sistema de Vigilância Sanitária anterior ao SUS e este novo, esboçado na Lei 8.080/90. Três, pelo menos, merecem destaque.

3.3.1 - Um novo federalismo

A primeira e principal mudança é no tocante ao próprio federalismo. Conforme já referido, na ordem jurídica anterior a União concentrava o máximo de poderes e quando a cooperação de Estados e Municípios se fazia necessária, as autoridades federais lançavam mão de convênios, sem prejuízo do centralismo (CF de 1967, art. 13, § 3º).

Em relação à Vigilância Sanitária, este modelo estava muito bem caracterizado na Lei 6437/77 e seu art. 14, que, aliás, nem se quer se referia aos Municípios ao mencionar a alternativa de distribuição de competências pela via dos convênios (a Estados, Distrito Federal e Territórios).

Com a Constituição de 1988 e a Lei 8.080/90, as esferas de governo passam a ter responsabilidade comum perante determinadas áreas, especialmente no tocante às ações e serviços de saúde: nenhuma "recebe a sua competência de outra" e ninguém depende de convênio como "instrumento administrativo de atuação"²⁸.

A *Lei Geral* é o instrumento que viabiliza e detalha a estrutura e as competências, ficando as Unidades Federadas em pé de igualdade para executar políticas e planos comuns, respeitadas a autonomia e as atribuições específicas de cada uma.

²⁸CARVALHO e SANTOS, op. cit., p. 214-215.

3.3.2 - Um novo Município

A segunda grande modificação reside na completa inversão do papel do Município nas ações de Vigilância Sanitária: ele passa de excluído a protagonista da sua execução.

A vigilância de portos, aeroportos e fronteiras pela União constitui exceção a essa regra geral. E o papel supletivo do Estado, entre os planos nacional e local, da mesma forma, será sempre excepcional em termos de execução, pois ele só intervirá nas hipóteses de impossibilidade do Município ou na forma de instrumento legal expresse, elaborado nas esferas competentes do próprio Sistema.

Esta nova posição confere ao Município a desenvoltura para legislar a respeito na sua esfera de atuação, seja para definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária, seja complementarmente, no tocante às próprias ações; e significa, também, a prerrogativa para expedir alvarás e licenças, em matéria sanitária, com a respectiva cobrança de taxas e emolumentos.

3.3.3 - Um novo cidadão: Participação da Comunidade

A terceira grande alteração do novo sistema é a Participação da Comunidade em Saúde, e conseqüentemente, em Vigilância Sanitária.

PINTO FERREIRA²⁹ diz que "A Constituição de 1988 estabeleceu também as bases de uma democracia participativa, mediante as técnicas da iniciativa popular, *referendum*, plebiscito e **entidades intermediárias entre o cidadão e o Estado**".

²⁹FERREIRA,P.Op. cit., p. 48. Grifo acrescentado.

No tocante à área da Saúde, o Constituinte foi ainda mais longe; ao ponto de fazer da Participação um dos principais instrumentos do Sistema Único de Saúde. Como se acaba de descrever, a Participação vai desde a formulação da política de saúde, do plano de saúde, do planejamento estratégico, até a execução das ações e respectivo controle.

A Vigilância Sanitária, entretanto, na sua especificidade de Poder de Polícia, de atividade de injunção e repressão, oferece perspectivas ainda mais amplas à Participação Comunitária.

De fato, além da Participação expressamente prevista para as atividades do SUS em geral, a Vigilância Sanitária pode viabilizar, ainda, a criação de instrumentos de desestatização do poder discricionário da autoridade burocrática em ações repressivas. Vale dizer, a Participação pode ser estendida à própria legitimação para agir, ou para desencadear os procedimentos punitivos de Vigilância Sanitária. Ao invés de manter exclusivamente na esfera de discricionariedade do Estado a prerrogativa de defesa da Saúde, a Comunidade pode retomar algumas dessas funções, e exercê-las, no plano da própria Justiça Administrativa. Basta que se criem os instrumentos legais, e se poderá contar, numa Sociedade democrática, com o mais legítimo dos meios de tutela jurídica, que é a autodefesa.

3.3.4 - Um quarto destaque: mudanças de conteúdo

Cumprido observar ainda, e para encerrar, que no tocante ao conteúdo da Vigilância Sanitária, as mudanças trazidas pelo novo modelo não são muitas, mas são importantes.

O campo de interesse e atuação da Vigilância Sanitária, é bem verdade, não se contém numa lista exaustiva³⁰. O novo sistema, entretanto, passa a absorver as atividades atinentes à Saúde do Trabalhador (antes da alçada do Ministério do Trabalho), além de incorporar a Epidemiologia como método para definir prioridades, alocar recursos e orientar a programação.

Estas duas alterações devem ter reflexos concretos muito significativos, tanto na estrutura organizacional, como na formação das equipes e na metodologia de trabalho da nova Vigilância Sanitária do SUS.

Como reagiram os Municípios perante o novo modelo de Vigilância Sanitária, que se acabou de descrever? O próximo capítulo é um estudo de caso, neste sentido.

³⁰Como bem comprovam os genéricos termos da própria definição legal, há pouco transcrita, do art. 6º, § 1º da LOS. Cada texto legislativo e cada órgão administrativo possui a sua sistematização e classificação próprias, de acordo com a sua realidade. A enumeração casuística é, simplesmente, impossível.

4. PERSPECTIVAS DA MUNICIPALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOB O ÂNGULO JURÍDICO: ESTUDO DE CASO

No capítulo anterior tomou-se objetivamente o Estado Barriga-Verde como modelo para descrever o conteúdo e a estrutura de um Código Sanitário na Federação Brasileira; agora, para realizar o presente estudo de caso, opta-se também por um Município catarinense, e especificamente Florianópolis, cuja experiência de Municipalização o autor desta Tese conhece mais de perto. A escolha é interessante em termos estratégicos também, pois se trata do Município que sedia a Capital do Estado.

O estudo é voltado aos documentos oficiais do Estado de Santa Catarina, que nortearam a Municipalização de Florianópolis, e complementa-se com exame e análise do Código Sanitário do Município, que é, sem dúvida, o ato oficial mais importante do processo em termos de Vigilância Sanitária.

Para guardar coerência com os princípios e diretrizes do SUS, já examinados no presente trabalho, começa-se por um breve e indispensável perfil do Estado de Santa Catarina, nos seus aspectos físicos, bio-sociais,

políticos e econômicos, passando, após, para o exame dos documentos básicos de municipalização e regionalização que expediu.

4.1 - O Estado de Santa Catarina: rápido diagnóstico

Santa Catarina¹, o sétimo menor Estado da Federação, possui 95.318,30 km² (1,12% do território nacional emerso), 7,62% do território marítimo brasileiro, 561,4 Km de litoral (7% da costa brasileira, desde a foz do rio Saí-Guaçu, na divisa com o Paraná, até a foz do rio Mampituba, na divisa com o Rio Grande do Sul) e 4,7 milhões de habitantes (3,1% do País), sendo 21% na pobreza.

São 2,1 milhões de pessoas ativas, com 604 mil nas atividades industriais e 720 mil na agropecuária. Dos 264 municípios, 23 desenvolvem atividade industrial significativa, ao passo que 241 são de economia agropecuária dominante. A concentração urbana gira em torno de 61,8% das 1.208.284 famílias, entre as quais se contavam 3.167.802 eleitores aptos a votar na eleição presidencial de 03 de outubro de 1994.

Talvez por reflexo da história de sua colonização e ocupação, é um Estado que se caracteriza pela predominância de pequenas propriedades, policultura, agropecuária, extrativismo e crescente atividade industrial e exportadora, numa diversidade econômica que lhe confere uma privilegiada condição de equilíbrio e estabilidade, em relação a outras realidades congêneres.

¹Os dados fornecidos a seguir foram extraídos de ABREU, Alcides. *Reforma constitucional: as emendas à Constituição de 1988 propostas pelo Governo*. Florianópolis: Cotragel, 1995. 108p. Trata-se de notas encaminhadas à comissão constituída na Secretaria da Justiça e Cidadania do Governo do Estado de Santa Catarina para estudos sobre a Reforma Constitucional. Consultou-se, também, SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. *Plano estadual de saúde - SUS*. [Florianópolis], 1994.

Diz ABREU²: *"Estrutura produtiva diversificada, em processo de atualização tecnológica, com escalas técnicas adequadas graças à orientação exportadora, tanto para o mercado nacional como para o externo. Distribuição relativamente equilibrada da atividade econômica pelo território: 23 cidades-municípios basicamente industriais e 241 municípios-cidades com ênfase agropecuária"*.

Em relação ao Brasil, Santa Catarina responde com 4,2% do PIB global e do PIB industrial, 6,3% da produção de grãos e 5,1% das exportações.

Mesmo assim, amarga 300 mil desempregados e subempregados; sofre com uma capacidade industrial instalada ociosa entre 18 e 20%; no período de 1981 a 1992, somou uma dívida social de US\$ 58,037 bilhões, sendo US\$ 12.795 *per capita* e familiar de US\$ 51.180,00. Ao longo dos próximos 10 anos necessita criar 650 mil novos e primeiros empregos, sendo 80% deles urbanos³.

Procura demonstrar, o professor catarinense, acima citado, que o seu Estado possui um enorme potencial de desenvolvimento freado pelos monopólios da União, que não só centraliza o poder de legislar sobre assuntos que são do interesse dos Estados (CF, art. 22), como é o caso da exploração do gás natural⁴, das telecomunicações, indo aos recursos minerais, ao aproveitamento de energia hidráulica, ao petróleo e à previdência social: "Os constituintes de 1988 designaram por federação o que é o mais unitário e centralista dos estados nacionais do planeta - o Brasil"⁵.

²ABREU A. Op. cit., p. 31.

³Idem, p. 31 e 32. Os números resultam de cálculo efetuado pelo autor em referência.

⁴A situação mais interessante é a do gás natural, realmente; o Brasil prefere importá-lo da Argentina, fazendo-o viajar por mais de 3000 quilômetros, para abastecer Estados como São Paulo e Rio de Janeiro, deixando na necessidade exatamente Santa Catarina, que possui gás natural em seu território. A União não permite a exploração do gás catarinense e Santa Catarina "porque tem, fica sem" (Idem).

⁵Idem, p. 54. O texto comprova, ainda, que as emendas constitucionais propostas pelo Governo Federal, em 1995, não alteravam em nada o quadro, sob o ponto de vista da centralização em torno da União, em detrimento dos Estados-membros.

Afora esses problemas político-econômicos, a distribuição harmoniosa da população é outra característica marcante de Santa Catarina.

A cidade maior é Joinville, com 346.331 habitantes e a segunda é, justamente, Florianópolis, com 254.941, o que representa uma predominância de cidades de pequeno porte, sem grandes metrópoles. A taxa de urbanização em torno de 60%, conforme dito, confronta com a média nacional que é de 74%. A densidade demográfica, que em 1950 era de 16,37, e em 1980, 38,00, em 1991 chegava a 47,40 habitantes por Km², graças ao movimento migratório líquido e ao processo de urbanização que se intensifica.

A composição etária de Santa Catarina, em 1940, revelava uma pirâmide populacional muito diversa da atual. 57% dos habitantes tinham menos de 19 anos; 34,4 situavam-se na faixa de 20 a 49 anos e apenas 7,5% tinham mais de 50 anos. Em 1991, a faixa até 19 anos havia caído para 43,1%; a de 20 a 49 anos havia subido para 44,1% e o percentual de pessoas acima de 50 anos passara de 7,5% para 13,0%⁶.

O coeficiente de natalidade (número de nascidos vivos por 1000 habitantes) que era de 26,3 em 1980, cai para 20,9 em 1990. E o coeficiente de fecundidade (número de nascidos por 1000 mulheres em idade fértil - 15 a 49 anos), que era de 104,0 em 1980, passa para 82,0 em 1990. É um reflexo da melhoria das condições de vida e da entrada da mulher no mercado de trabalho⁷.

4.2 - O plano de municipalização da Saúde de Santa Catarina

Após as Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina elaborou três documentos básicos, identificados em

⁶PEIXOTO, Helena Côrtes Gallotti. *Estatísticas de mortalidade: contribuição para o diagnóstico de saúde*. Florianópolis: [s.n.] [1995?] 18p. Datilogr.

⁷SANTA CATARINA. *Plano estadual de saúde*. Op. cit., p. 60.

"Cadernos", com o objetivo de realizar a implantação do Sistema Único de Saúde e da municipalização dos serviços de saúde. São diretrizes, orientações e diagnósticos, na esteira dos quais reagiria o Município de Florianópolis, inclusive com uma nova Lei de Saúde.

4.2.1 - Caderno I: municipalização da saúde - CMS⁸

O Documento CMS, de 1993, inaugura a série e inicia sustentando que o novo Sistema impõe ao Município "a principal responsabilidade pelo planejamento, execução e controle das ações de saúde", num processo de descentralização que deve "caminhar lado a lado com a reorganização da assistência", cujo modelo deve ser de "um relacionamento estável entre a população e a unidade de saúde", de modo que esta seja "a porta de entrada para o sistema de saúde hierarquizado no Município e Micro-região"⁹.

A tarefa deveria constar, basicamente, da elaboração do Plano de Saúde; da criação do Conselho de Saúde e do Fundo de Saúde; do Plano de Carreira, Cargos e Salários; da Contrapartida de Recursos Municipais; e da elaboração de Relatórios de Gestão.

Este Caderno I deveria ocupar-se da orientação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, da Programação e Orçamentação Anual e dos respectivos Parâmetros técnicos, ficando os demais tópicos e detalhamentos para o caderno seguinte.

O Plano Municipal de Saúde é definido como "instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento das ações e serviços de saúde", referindo-se "a um período de governo (portanto, plurianual)", e constituindo

⁸SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Assuntos Ambulatoriais. Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais. *Municipalização da saúde: plano municipal de saúde, programação e orçamentação em saúde*. Florianópolis, 1993. Caderno 1, 62p.

⁹Idem, p.1.

"um documento formal da política de saúde do município"¹⁰. Ali deveriam constar diretrizes, prioridades, objetivos, metas, estratégias, compromissos, recursos e gastos, tudo com a participação "dos segmentos sociais" e de acordo com a linha político-filosófica do SUS.

Na verdade, o documento fornece um roteiro para a elaboração do Plano de Saúde, incluindo um detalhado diagnóstico do Município, que vai do levantamento histórico, geográfico e regional à realidade das rodovias e distâncias; dos aspectos demográficos, econômicos, infra-estruturais e epidemiológicos, até o levantamento da rede instalada, com seus recursos humanos e financeiros; das diretrizes políticas aos detalhes da programação e orçamentação em saúde; do sistema de controle e avaliação, inclusive registro e sistema de informação, até o roteiro para aprovação do Plano pelo Conselho Municipal de Saúde e homologação pelo Chefe do Poder Executivo.

Para as atividades correspondentes a cada uma das Diretorias, Programas e Serviços de saúde, são apresentados os formulários de programação, os parâmetros respectivos, e até mesmo o quantitativo da equipe técnica indispensável, e a própria relação de material.

A Diretoria de Vigilância Sanitária recomendava treinamento para 100% dos profissionais do setor e uma **equipe mínima** para o município:

- 1 farmacêutico ou bioquímico
- 1 médico ou enfermeiro
- 1 engenheiro sanitaria
- 1 médico veterinário.

As atividades do setor a serem repassadas aos municípios eram elencadas de acordo com a Gerência respectiva da Diretoria de Vigilância Sanitária:

Gerência de Orientação e Fiscalização das Unidades de Saúde:

¹⁰Idem, p. 2.

- Fiscalização em creches, instituições de idosos, hospitais, clínicas, policlínicas e serviços complementares de diagnóstico e tratamento.

Gerência de Orientação e Fiscalização das Atividades de Saúde:

- Fiscalização do exercício profissional;
- Fiscalização das atividades de saúde;
- Fiscalização da propaganda de interesse da saúde;
- Fiscalização de ações relacionadas com elementos radioativos e ionizantes;

- Fiscalização de ações relacionadas com sangue e hemoderivados.

Diretoria de Orientação e Fiscalização do Meio Ambiente:

- Atendimento de reclamações;
- Vistorias sanitárias;
- Atividades educativas;
- Abastecimento e melhorias individuais e coletivas do sistema de água;
- Abastecimento e melhorias individuais e coletivas do sistema de destino de dejetos.

Diretoria de Orientação e Fiscalização de Produtos:

- Fiscalização de estabelecimentos que fabricam, manipulam e comercializam produtos.

4.2.2 - Caderno II: Regionalização da Saúde - CRS¹¹

Este segundo Documento, publicado no mesmo ano de 1993, é uma proposta de reestruturação regional, após a extinção dos sete Centros Administrativos Regionais de Saúde-CARS, realizada pela Reforma

¹¹ SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. *Regionalização da saúde: a descentralização técnico-administrativa da saúde no estado de Santa Catarina*. Florianópolis, 1993. Caderno 2, 76p.

Administrativa das Leis (estaduais) 8.240, de 12 de abril de 1991 e 8.245, de 18 de abril de 1991¹².

"Necessário se faz", diz o texto, "a existência de nível intermediário com vistas ao acompanhamento, controle e avaliação das ações de saúde desenvolvidas no nível local, utilizando-se nova forma de gerenciamento"¹³.

Assim, foram criadas 18 Regionais, mediante convênio da Secretaria de Estado da Saúde com as 18 Associações de Municípios já existentes no Estado, sendo que as 7 maiores, além da função micro-regional, deveriam dar "suporte de referência e contra-referência às demais", no modelo assistencial, "caracterizando-se como macro-regionais"¹⁴. São elas: GRANFPOLIS, AMUNESC, AMOSC, AMMOC, AMREC, AMMVI e AMURES.

A idéia, textualmente, era a seguinte: "A estrutura organizacional da Regional de Saúde tem como estratégia a participação do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde que terá como finalidade básica propor a linha de atuação, de acordo com as diretrizes emanadas do nível central, bem como acompanhar, controlar e avaliar os serviços técnico-administrativos desenvolvidos nesse nível"¹⁵.

A assinatura do Convênio da Regionalização deveria ser precedida da *instalação da Secretaria de Estado da Saúde no Município sede da Associação*, onde o Secretário concederia audiência aos prefeitos e a equipe técnica do Estado faria os esclarecimentos necessários.

A minuta padrão do Convênio¹⁶, com 14 cláusulas, trata do repasse de recursos da Secretaria estadual à Associação (ou à Regional), com o

¹²Op. cit., p. 3.

¹³Idem, p. 3.

¹⁴Idem, loc. cit.

¹⁵Idem.

¹⁶Idem, p. 7-14. Quanto ao fundamento legal, é interessante observar que o Convênio não faz qualquer remissão às leis 8.080/90 e 8.142/90, que trazem critérios para repasse de recursos aos Municípios. Restringe-se ao art. "199", inciso I da Constituição, que na verdade deve ser o art. 198, dispositivo este que estabelece, entre as diretrizes do SUS a "descentralização, com direção única em cada esfera de governo".

respectivo Plano de Aplicação; do repasse de pessoal e de bens patrimoniais; além de incluir dispositivos atinentes à proposta de criação de um "fundo regional de saúde", para gerir os recursos financeiros. A Associação deveria comunicar à Diretoria de Planejamento "qualquer ocorrência funcional" (Cláusula 7a., item IV); submeter-lhe o Plano de Trabalho, que, uma vez apresentado, só excepcionalmente teria autorização para ser reformulado; assim como deveria, também, a Associação constituir um Colegiado Regional de Saúde, formado pelos Secretários Municipais de Saúde, com atribuição de propor estratégias de ação e de políticas de saúde, "compatibilizando-as com as normas e diretrizes do nível central".

O Documento Básico, integrante do Convênio, por seu turno, apresentava a estrutura organizacional da Regional, detalhando atribuições e competências, perfil lotacional por área de atuação, e até mesmo a lista de materiais e equipamentos para a instalação do órgão.

No tocante à **Vigilância Sanitária**, destaca-se, o desenho organizacional era muito interessante e ao que parece um pouco distanciado da Lei 8.080/90. A **Regional** teria competência para **programar e controlar as atividades e executar as ações** de fiscalização (sanitárias), dentro de um perfil de atribuições extenso, e praticamente, exaustivo. A Regional era vista como uma circunscrição, **acima da autonomia Municipal**, podendo, com equipe própria, autuar infratores e "**julgar em primeira instância**" o auto de infração, assim como "ordenar a lavratura do Auto de Imposição de Penalidade"¹⁷.

¹⁷Idem, p. 39.

4.2.3 - Caderno III: o Plano Estadual de Saúde - PES¹⁸

Em março de 1994, finalmente, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina deu a conhecer o Plano Estadual de Saúde, aprovado pela Res. nº 004/93/CES, de 24 de novembro de 1993, do Conselho Estadual de Saúde e pelo Decreto nº 4.323, de 8 de março de 1994.

Trabalho meritório, e ao que tudo indica, inédito no Estado, o Plano: 1) aponta as diretrizes gerais para a organização, gerenciamento e desenvolvimento dos serviços e ações, na linha da descentralização e municipalização do SUS; 2) apresenta um diagnóstico situacional do Estado (características, aspectos demográficos e sócio-econômicos, condições ambientais, perfil epidemiológico, rede instalada de assistência médico-hospitalar, modelo assistencial e normas para a elaboração orçamentária do setor saúde); 3) identifica, enfim, as metas e atividades, por área de atuação.

Não se pretende, nem seria pertinente aqui, detalhar todos os termos do importante Documento. Basta destacar dele, como complemento do diagnóstico apresentado na inauguração deste capítulo, a parte atinente ao perfil epidemiológico e às metas específicas da Vigilância Sanitária, pois que dizem respeito, mais de perto, à experiência municipal que se quer focar.

Começa-se pelos aspectos da morbidade, cuja importância é destacada por LAURENTI¹⁹ como "valiosa fonte de informação para o estudo de numerosos problemas".

Do quadro de morbidade, no Estado, descontada a deficiência dos dados disponíveis à Secretaria Estadual da Saúde²⁰, destacam-se: as enfermidades

¹⁸V. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. *Plano estadual de saúde - SUS*. [Florianópolis], 1994. 298p.

¹⁹LAURENTI, Rui, JORGE, Maria Helena Prado de Mello, LEBRÃO, Maria Lúcia, GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. *Estatísticas de saúde*. São Paulo: EPU, 1985.p.77.

²⁰SANTA CATARINA. *Plano estadual de saúde*. Op. cit., p.61 e ss. A disponibilidade de informações restringe-se a atendimentos específicos de programas de saúde (Saúde Oral, Saúde Mental, Câncer Cérvico-Uterino e de Mama, Saúde do Idoso), causas de internação hospitalar (em estabelecimentos públicos, estritamente), notificações compulsórias de doenças e cobertura vacinal.

do aparelho respiratório representavam 18,75% de todas as internações hospitalares ocorridas nos 10 (dez) primeiros meses de 1992 em Santa Catarina; o somatório dos itens relativos a infecções intestinais, hérnias abdominais, úlceras e gastrites, perfazendo 9,86% de todas as internações, elevavam as agressões ao aparelho digestivo à condição de segunda grande causa das hospitalizações.

Quanto à mortalidade, em 1992, Santa Catarina apresentava um coeficiente geral de 5.1 por 1000 habitantes²¹.

Considerando o perfil da mortalidade geral proporcional pelos principais grupos de causas, podia-se observar que as Doenças do Aparelho Circulatório ocupavam a primeira posição na hierarquia das causas que levam à morte, com 36,4% dos óbitos (excluídas as mal definidas). As Neoplasias apareciam em segundo lugar, e logo depois, as Causas Externas (em que se destacam os acidentes de trânsito).

As Doenças Infecciosas e Parasitárias, entretanto, chegavam a 2,8% dos óbitos, pelo que, comprovava a Secretaria da Saúde, "têm reduzido sua participação como causadora de morte"²².

A situação modificava-se perante o indicador dos Anos Potenciais de Vida Perdidos-APVP. Esse indicador reordena as causas, considerando a magnitude e a idade em que ocorreram os óbitos, com o objetivo de destacar a mortalidade precoce e reorientar as prioridades em saúde.

À vista dos números, a autoridade da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina destacava: "Os *acidentes de trânsito de veículo a motor*, que ocupavam o 5º lugar na mortalidade proporcional, tolheram o maior número de anos potenciais de vida perdidos (48.909), passando a ocupar a 1ª posição entre as causas de óbito"²³.

²¹Idem, p. 124.

²²Idem, p. 125. O percentual é aparentemente pequeno, mas, na verdade, é assustador.

²³Idem, p. 127.

O seu peso (dos acidentes de trânsito), que era de 7,2% passa a 15,4% do total de anos de vida perdidos, pois ceifou 38,1 anos de cada vítima, em média, considerando-se uma expectativa de vida de 70 anos.

Dois outros subgrupos das Mortes Violentas apontavam alterações importantes: os *acidentes, exceto de trânsito e efeitos adversos*, que passaram da 9ª posição para a terceira, e os *homicídios* que subiram da 11ª para a 8ª posição. Exatamente porque são causas que não escolhem idade entre as vítimas, sua importância relativa tende a aumentar, quando considerado o critério dos APVPs. As causas acidentais ocorreram, em média, aos 28,6 anos e os homicídios aos 34,3 anos.

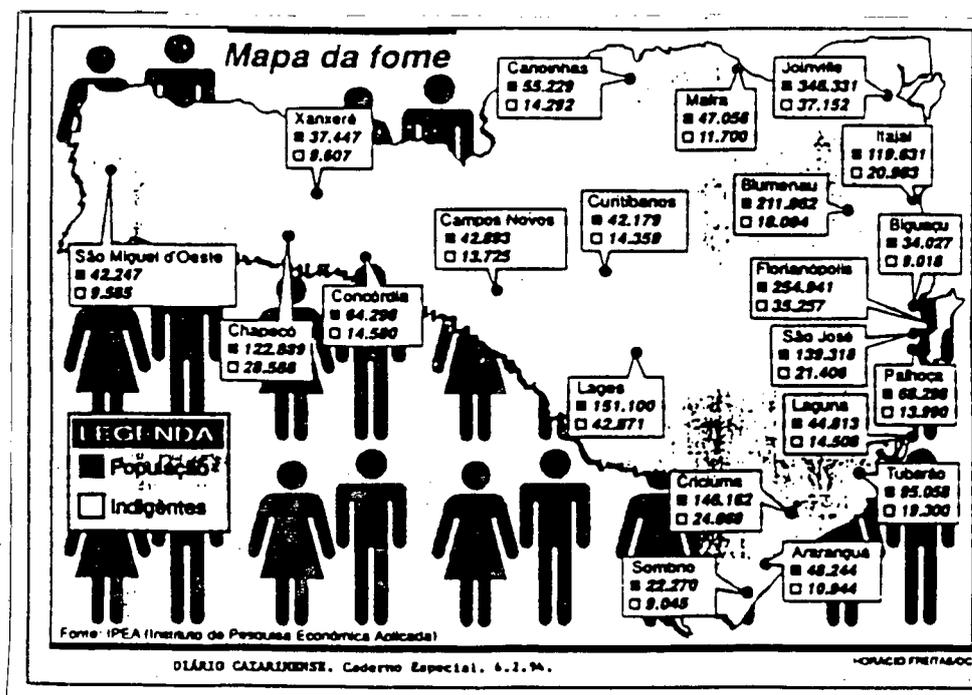
Outro aspecto curioso, segundo o Documento, era o das "Doenças Infecciosas Intestinais"²⁴, que haviam galgado 9 posições, passando do 15º para o 6º lugar, com um percentual de 5,3% do total de APVPs, a qual foi a causa que mais tirou anos potenciais de vida de cada uma das pessoas que morreram (64,9 anos). Isto em função do fato de que elas atingem principalmente crianças, pois a média de incidência foi aos 5,1 anos de idade.

Observando esses resultados da mortalidade, a situação de Santa Catarina era considerada de transição, pois apresentava causas de óbito em magnitudes típicas de países desenvolvidos (doenças crônico-degenerativas, por exemplo), ao lado de causas típicas do subdesenvolvimento, como é o caso das doenças infecciosas intestinais. A própria autoridade de saúde estadual²⁵, entretanto, encarregava-se de alertar que esses indicadores, ao fazerem referência à população como um todo, "também escondem uma *polarização social*, manifestada pelas desigualdades entre grupos populacionais diferentes, que não possuem as mesmas condições de moradia, de alimentação, educação e mesmo acesso aos serviços de saúde".

²⁴Idem, p. 127.

²⁵Idem, p. 129.

Esclarecedor, neste sentido, é o **Mapa da fome**, elaborado pelo IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, mostrando um cinturão de indigentes, em torno de 15% em média, em cada uma das principais cidades do Estado.



De fato, se observar que a cidade de Lages possui 28,37% de indigentes, não causa surpresa que tenha o maior índice de mortalidade infantil, com 63,9%. A pobreza faz com que uma criança nascida viva na micro-região de Lages corra um risco três vezes maior do que a co-estaduana da micro-região de Chapecó²⁶.

²⁶Idem, p. 131.

A mortalidade infantil, por outro lado, revelava uma tendência nítida de declínio²⁷: "De 39,8 óbitos por 1000 nascidos vivos em 1980, o coeficiente baixou para 22,8 em 1990".

Em relação ao Brasil e à Região Sul, é o melhor coeficiente, embora seja geral a tendência de queda.

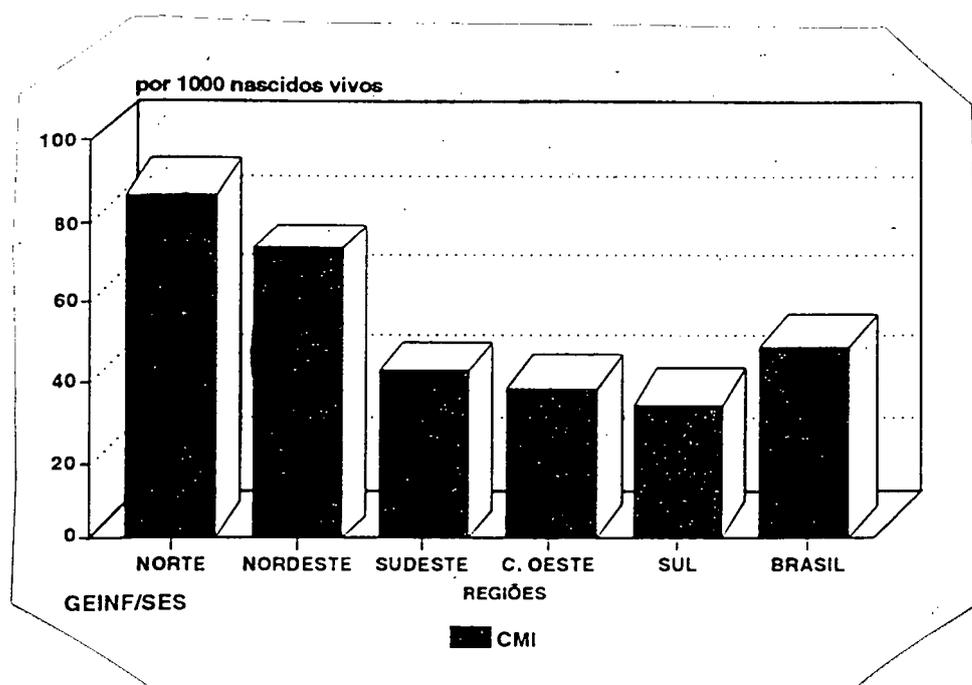


Gráfico 1 - Coeficiente de mortalidade infantil por regiões do Brasil, 1987.

²⁷Idem, p. 130.

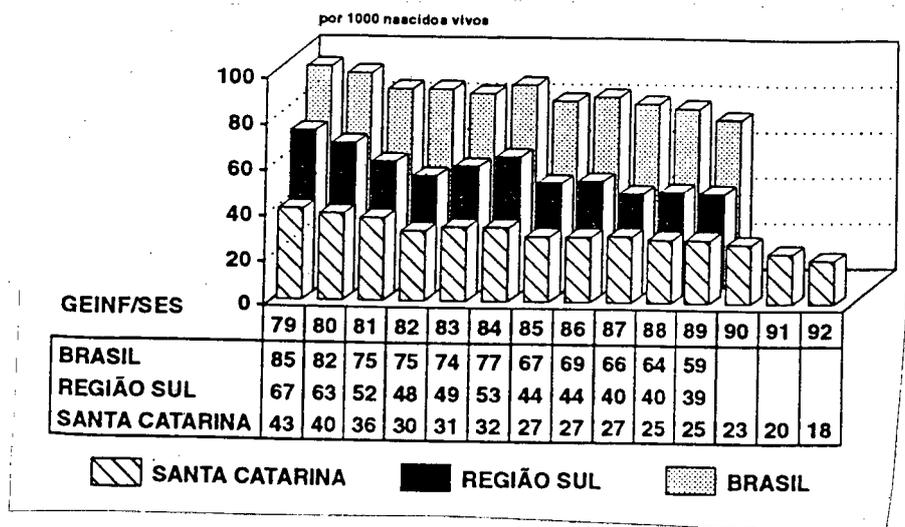


Gráfico 2 - Coeficiente de mortalidade infantil, Santa Catarina, Região Sul e Brasil, 1979- 1992.

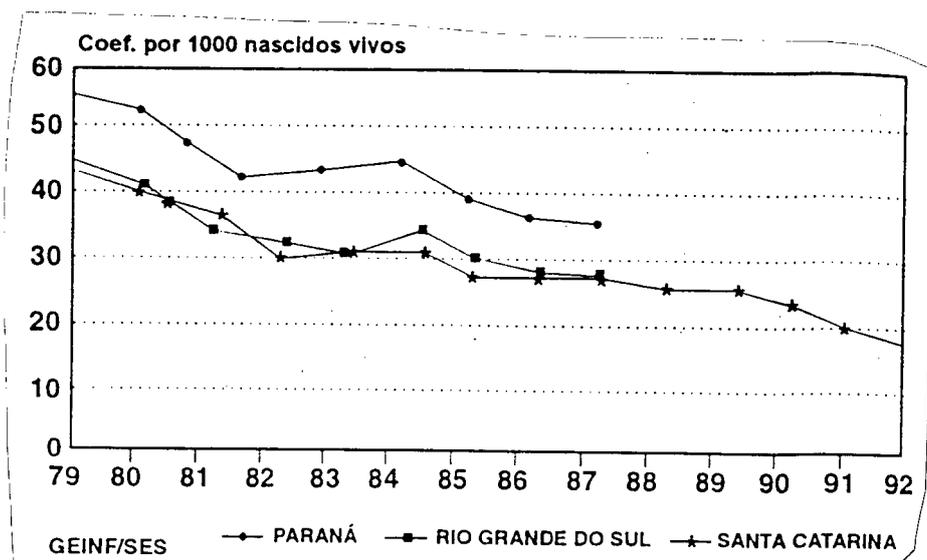


Gráfico 3 - Coeficiente de mortalidade infantil Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, 1979-1992.

Essa diminuição, concentrada principalmente no decréscimo da mortalidade Infantil Tardia (de 28 dias a 1 ano) e até 5 anos, salientava o Documento, pode, a par da melhoria das condições de vida, refletir o impacto dos serviços de saúde, especialmente a cobertura vacinal²⁸.

O Estado, com efeito, apresentava-se coberto por extensa rede de hospitais e unidades de saúde, com uma capacidade instalada de 16.915 leitos, enquanto que os parâmetros de necessidades da PT 3046 (2,32 leitos por 1000 habitantes) exige 11.011 leitos²⁹.

A cobertura vacinal, por seu turno, segundo a Secretaria da Saúde³⁰, havia atingido, na última década, "coberturas consideradas elevadas em relação às vacinas do grupo menor de um ano", em face do que, afirma o Documento: "a incidência de doenças imunoprevisíveis no Estado tem diminuído consideravelmente". Todavia, destaca, a cobertura não vinha tendo o mesmo desempenho em todos os Municípios, sendo que Florianópolis se encontrava entre os casos críticos, especialmente no tocante aos surtos de doenças imunoprevisíveis, como Difteria e Coqueluche³¹.

No tocante à Vigilância Sanitária, o Documento omitia-se quanto aos números de desempenho da equipe estadual, mas apresentava as metas para 1994.

Eram ao todo 15 metas, a saber:

- 1) Descentralizar os serviços e atividades, mediante convênios, apoio técnico e capacitação de pessoal;
- 2) Aperfeiçoar a legislação em vigor, constituindo grupo de trabalho para sua reforma;
- 3) Desenvolver a análise das estatísticas sanitárias, criando o sistema de informações adequado;

²⁸Idem, p. 132.

²⁹Idem, p. 173.

³⁰Idem, p. 74.

³¹Idem, p. 74-5.

- 4) Criar um Fundo Estadual de Vigilância Sanitária, mediante elaboração de projeto de lei que regule e faça reverter ao setor as suas arrecadações;
- 5) Criar uma política de desenvolvimento de recursos humanos, envolvendo contratações, capacitação, condições de trabalho e remuneração;
- 6) Criar o sistema "DISC-Vigilância Sanitária", adquirindo o equipamento necessário;
- 7) Criar mecanismos de comunicação que interliguem os diversos serviços de Vigilância Sanitária, mediante aquisição de equipamentos de telecomunicação e implantação de informativos;
- 8) Implantar o Registro Estadual de Produtos, definindo as normas e os procedimentos para um anteprojeto de lei;
- 9) Ampliar o monitoramento dos produtos, pela fiscalização de alimentos, bebidas, medicamentos, saneamentos, domi-sanitários, perfumes e cosméticos, assim como a dinamização das análises fecais (com novos equipamentos);
- 10) Implementar e modernizar o serviço através da aquisição de equipamentos;
- 11) Manter a qualidade das águas de abastecimento;
- 12) Ampliar a cobertura dos serviços das oficinas sanitárias (fabricação de fossas, tubos e materiais de saneamento), regionalizando-as;
- 13) Assessorar os municípios na implementação e implantação de tratamento dos dejetos;
- 14) Ampliar a estrutura física para o desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária, nos municípios "identificados" e no nível central;
- 15) Implantar sistema de fiscalização à saúde do Trabalhador, mediante elaboração jurídico-legal, assessoria aos municípios e divulgação à população.

Entre as metas do Laboratório Central de Saúde Pública-LACEN, ainda, constava uma atividade de vital interesse para a Vigilância Sanitária: "Manter diagnóstico etiológico de toxinfecções do Estado"³².

Qual foi o impacto destes documentos no Município da Capital?

4.3 - O Município de Florianópolis e a municipalização

Florianópolis é a Capital do Estado de Santa Catarina e sede da 18a. micro-região de saúde, representada pela Associação dos Municípios da Grande Florianópolis - GRANFPOLIS.

A GRANFPOLIS abrange os Municípios de Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José e Tijucas³³.

Em 1993, a Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis, na esteira da legislação federal e dos documentos da Secretaria de Estado da Saúde, publicou o seu Plano Municipal de Saúde - PMS para o período de 1993-1997³⁴, seguindo, nas linhas gerais, o modelo do Caderno I, da Secretaria de Estado da Saúde, acima resumido.

Na introdução³⁵, o documento alerta para o fato de que o caminho da municipalização dos serviços de saúde, instrumento de democratização do Estado e da reforma sanitária, tem sido tortuoso, num cenário nacional

³²Idem, p. 265.

³³A GRANFPOLIS, segundo a Secretaria de Estado da Saúde, e conforme já se referiu, é uma das 7 macro-regiões, juntamente com AMUNESC, AMOSC, AMMOC, AMREC, AMMVI e AMURES, responsáveis pelo "suporte de referência e contra-referência às demais", no Modelo Assistencial do Estado, conforme o PES, op. cit., p. 3.

³⁴FLORIANÓPOLIS. Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social. Núcleo de Planejamento e Informação. *Plano municipal de saúde - 1993-1997*. Florianópolis, 1993. Datilog. 238p.

³⁵Idem, p. 4 e 5.

complexo, em face de um "modelo econômico que não se deseja e do qual não se tem conseguido desvencilhar".

Ainda assim, tem sido possível constatar avanços, afirma, notadamente no campo do gerenciamento dos serviços, e quiçá, na qualidade da sua prestação, "em alguns casos".

O Plano, por seu turno, pretende "ser a expressão" da descentralização dos procedimentos de planejamento e da decisão formal, "quanto às prioridades e destino dos recursos". No papel de condutor da análise da situação local e de explicitador oficial de políticas e compromissos das diversas instâncias, o Plano, portanto, "torna-se um instrumento fundamental de gerenciamento".

O objetivo geral é cumprir as leis 8.080/90 e 8.142/90, para a construção de um novo modelo assistencial, o que importa no prévio diagnóstico da situação de saúde e dos serviços respectivos, inclusive no aspecto gerencial; no estabelecimento das diretrizes políticas; na definição das prioridades e compromissos; na descrição do novo modelo assistencial; e enfim, na programação de 1993, definindo metas e custos.

O diagnóstico inicia com a resenha histórica do Município, desde o papel estratégico, como uma das principais portas de entrada para o Brasil Meridional, no século XVI, a fundação da póvoa por Francisco Dias Velho (1651), a criação da Capitania (1738), a elevação à categoria de cidade e Capital da Província de Santa Catarina (1823), a mudança do nome, de Desterro para Florianópolis (1894), até a realidade contemporânea, de Capital de um Estado como Santa Catarina.

De fato, Florianópolis, ao entrar no século XX passou por profundas transformações, tendo na construção civil um dos seus principais suportes econômicos. As redes de energia elétrica, água e esgotos, a par da construção da Ponte Hercílio Luz foram marcos importantes de seu desenvolvimento

urbano. O crescimento do Estado como um todo começa, então, a repercutir na Capital, que tem ampliados os organismos governamentais e de serviços, expandindo as oportunidades de emprego, notadamente no setor terciário. A característica de polo turístico, fundada nas belezas naturais, é incrementada por investimentos de infra-estrutura, como a BR 282 e o Aeroporto Internacional.

Por outro lado, a marca do Estado, com uma atividade econômica espacialmente desconcentrada, reflete na rede urbana e na própria Capital, que é uma cidade de porte médio, em que pese a forte migração que vem atraindo.

4.3.1 - Limites e localização

O Município de Florianópolis está localizado entre os paralelos 27°10' e 27° 50' de latitude sul e entre os meridianos 48°25' e 48°35' de longitude a oeste de Greenwich, tendo uma área total de 451 Km², dividida em duas porções de terras, uma com área de 12,1 Km², localizada na área continental, conhecida como Continente ou Estreito, que abriga vários bairros e se limita com o Município de São José; e a outra é a própria Ilha de Santa Catarina, com 438,90 Km², forma alongada no sentido norte-sul (54/18 Km), contorno bastante irregular, compondo baías, pontas e enseadas.

A parte insular separa-se da área continental por um estreito canal de 500 metros de largura, ao longo do qual se formam as famosas baías Sul e Norte. A ligação Ilha-Continente é feita por 3 pontes: Governador Hercílio Luz, Governador Colombo Salles e Governador Pedro Ivo Campos.

4.3.2 - Divisão territorial

O Município é composto dos seguintes distritos: Sede, Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses do Rio Vermelho, Lagoa da Conceição, Pântano do Sul, Ratonas, Ribeirão da Ilha, Santo Antônio de Lisboa e São João do Rio Vermelho.

4.3.3 - Principais rodovias

De ligação regional: BR-282 (que se articula com a BR-101 em São José); de ligação municipal: SC-405 e 406 (Sul da Ilha); SC-401 (Norte da Ilha) e SC-404 (Leste da Ilha).

4.3.4 - Aspectos demográficos

O Plano Municipal de Saúde, nesta parte, utilizou dados demográficos do censo de 1980, ao contrário do Plano Estadual, que trabalhou com dados mais atualizados, estimados para 1993³⁶. Segundo o PES, Florianópolis tinha (em 1993) 266.467 habitantes, ao passo que os 21 Municípios da 18a. micro-região totalizavam 656.632 habitantes (contra 4.743.337 do Estado e seus 260 municípios). A segunda maior concentração é o Município limítrofe de São José, com 145.614 habitantes, enquanto Palhoça e Biguaçu, que formam com a Capital e São José a Grande Florianópolis, possuíam, respectivamente, 71.384 e 35.565 habitantes.

No tocante à distribuição da população, o Plano municipal registra um crescimento considerável do contingente urbano do Município, à base de 11% ao ano. De 60 a 80, elevou-se de 42% a 86%, chegando em 1991 a 94%. Em

³⁶SANTA CATARINA. *Plano estadual de saúde*. Op. cit., p. 25 e 32.

1960, a densidade demográfica era de 221 habitantes por Km² e em 1991, chegava a 577. Em compensação, a taxa anual de crescimento, que em 1970 era de 3,53%, em 1991 cai para 2,81%.

A composição por grupo de idade demonstra que a participação da população jovem vem diminuindo paulatinamente em Florianópolis, nas últimas décadas. A faixa etária de 0 a 14 anos que participava com 32% em 1980, já fora de 41% em 1960 e de 39% em 1970. Já na faixa de 15 a 24 anos ocorre o inverso, passando de 18,9%, em 1960, para 24,5% em 1980.

A participação do imigrante no ritmo de crescimento da população de Florianópolis é bastante expressiva. Em 1970, cerca de 22,33% da população era composta de imigrantes, número que subiu para 35,74% em 1980. Mais de um terço da população! Segundo o Plano Municipal de Saúde, mais de metade deles procede do próprio Estado de Santa Catarina (69,82%); mas também são centros alimentadores os Estados do Rio Grande do Sul e do Paraná.

Também é muito significativa a população flutuante, no verão, nos meses de dezembro a fevereiro. Informa o PMS³⁷ que na temporada de 1992 a Secretaria de Turismo do Estado teria constatado a presença de 351.698 turistas, em Florianópolis, o que representa um aumento populacional em torno de 58%.

4.3.5 - Aspectos econômicos

A atividade econômica do Município está fortemente assentada no setor terciário. Isto se deve à condição de Capital, com a localização do aparato administrativo estadual e serviços especializados, notadamente nas áreas de educação e saúde; e bem assim, à condição de polo turístico de todo o Mercosul.

³⁷Idem, p. 14.

Todavia, a sua característica mais forte advém de sua situação na rede produtiva estadual. Santa Catarina notabiliza-se pela especialização de regiões econômicas diversificadas, a saber: o Norte do Estado é zona predominantemente industrial, com destaque para Joinville no setor mecânico e Blumenau, com Brusque, no setor têxtil; o Sul é a região da mineração e o Oeste é nacionalmente conhecido como setor agropastoril e agro-industrial. Essa desconcentração e diversificação da atividade econômica, aliada aos meios de escoamento da produção, independentes da Capital, fez com que Florianópolis, diferentemente da maioria das capitais brasileiras, escapasse de assumir a posição de polo econômico e de grande metrópole.

Vale dizer, pelas características do Estado, a migração é menos intensa, os contingentes populacionais são mais equilibrados, a oferta de emprego é melhor distribuída, o que reflete em problemas sociais um pouco menos agudos do que os dos grandes centros do País.

De um cinco anos para cá", entretanto, registra o Plano Estadual de Saúde³⁸, a cidade de Florianópolis vem recebendo fluxos migratórios que resultam na formação de bolsões de pobreza que podem ser caracterizados como favelas, constituídas por um contingente rural que ficou à margem da modernização do setor agrícola e não foi absorvido pelos setores mais dinâmicos da economia em outras regiões do Estado.

Outro aspecto importante da realidade econômica local advém da conurbação. Se em relação ao Estado Florianópolis não apresenta características de polo econômico, o mesmo não se pode dizer em relação à região mais próxima. Considerando os municípios vizinhos, em especial São José, Palhoça e Biguaçu, Florianópolis aparece como polo concentrador de empregos e serviços. A propósito, segundo o Plano Estadual de Saúde³⁹, dos 2.199 estabelecimentos de serviços existentes na micro-região em 1980, 60%

³⁸dem, p. 20.

³⁹Op. cit., p. 20.

situavam-se em Florianópolis. Florianópolis é, também, o Município que apresenta o maior número de estabelecimentos comerciais do Estado.

4.3.6 - Caracterização geral dos setores da economia

Historicamente assentado em pequenas propriedades minifundiárias, produtoras de culturas de subsistência e pesca artesanal, o **setor primário** vem perdendo, progressivamente, a sua importância, em Florianópolis, até por não conseguir superar a estagnação em termos de tecnologia. Um indicador é o número de pessoas empregadas, que diminuiu de 3.883 em 1975 para 1.351 em 1980.

O **setor secundário** é modesto e vem crescendo modestamente. Os 196 estabelecimentos empregavam, em 1980, 3.033 pessoas, ou seja, 1,10% da mão de obra empregada por todo o setor no Estado. De 1975 a 1980, surgiram apenas 10 estabelecimentos novos, representando 6,6% do total existente. Destacam-se, entre as indústrias, os produtos alimentares, mobiliários, editoriais e gráfico-metalúrgicos, transformação de produtos minerais não-metálicos e madeiras, somando 76,52% das indústrias e absorvendo 70% da mão de obra florianopolitana, em 1980.

Já o **setor terciário** é o mais expressivo e o que mais cresce (cerca de 26% ao ano, no período de 75/80). Num total de 3.041 estabelecimentos, 1.307 eram classificados como serviços. Alojamento e alimentação, reparos e manutenção e serviços auxiliares diversos são os mais representativos, absorvendo 88,25% da majoritária mão de obra do setor. O comércio varejista é um grande gerador de empregos, atraindo o maior contingente de mão de obra dos municípios vizinhos. De 73 a 78, o incremento de emprego, nesta atividade, foi de 3,91%.

A propósito dos empregos, o Plano Municipal de Saúde chama atenção para a magnitude do sub-registro: em 1980, eram 26.302 empregos contra 71.405 pessoas na População Economicamente Ativa-PEA⁴⁰, o que leva a supor a existência de um setor informal muito significativo.

O PMS não dispõe de dados sobre o desemprego no Município, até porque a questão envolve uma demanda que extrapola os limites de Florianópolis.

4.3.7 - Renda da população

Baseando-se no censo de 80, o PMS afirma que cerca de 23% das famílias de Florianópolis percebem menos de 2 salários mínimos e que na faixa salarial de 2 a 5 SM encontram-se 31% das famílias, o que totaliza 54%.

A Secretaria de Estado da Saúde, com números do censo demográfico de 1991, estaria informando que 8% dos chefes de domicílios florianopolitanos ganham de 1/2 a um SM; que 16% ganham de 1 a 2 SM e 69% ganham mais de 2 SM (contra, respectivamente, 16, 25 e 47%, em termos de Santa Catarina como um todo). 11% de filhos, parentes e agregados até 6 anos, em Florianópolis, residem em domicílios cujo chefe tem renda de até 1 SM; e 31% residem na companhia de chefes com renda de até 2 SM (sendo, destes, 39% na zona rural).

Informa o PMS que das 85.738 pessoas que declararam seus rendimentos em 1980, 56.015 possuíam renda inferior a 3 SM, ou seja, 68%.

⁴⁰ Apoiado nos critérios do IBGE, o PMS define a População Economicamente Ativa-PEA pelo seguinte critério: pessoas com 10 anos ou mais, que durante os doze meses anteriores à data do censo, ou parte dele, exerceram trabalho remunerado em dinheiro, produtos ou mercadorias, bolsas de estudo, etc, inclusive as licenciadas, com remuneração, por doença. Também são consideradas nesta condição as pessoas (da mesma faixa etária) que nos últimos dois meses anteriores ao censo houvessem tomado alguma providência para encontrar trabalho. FLORIANÓPOLIS, op. cit., p. 22.

Até 5 SM encontravam-se 78% das pessoas. No Estado, a proporção, até 3 SM era por volta de 80%⁴¹.

4.3.8 - Aspectos sociais

No tocante a grupos sociais e entidades comunitárias organizadas, o PMS enumera, um a um, 68 associações de moradores, conselhos comunitários, sociedades recreativas e intendências; 17 clubes sociais; 2 clubes de serviços e mais de 150 sindicatos e congêneres, cobrindo amplamente atividades e interesses os mais diversos, em todos os quadrantes do território municipal. Não existe, entretanto, levantamento específico de organizações não governamentais voltadas para as áreas de interesse da Vigilância Sanitária.

Por outro lado, a população carente de Florianópolis representa 23% do Município, ou seja 54.408 pessoas, num total de 254.920 habitantes⁴². São 15.000 famílias.

É uma população de trabalhadores sem alternativa de moradia, que ocupa áreas públicas e privadas, cuja regularização, ou reassentamento, é preocupação constante, inclusive pela necessidade de desocupação de certas áreas, "como é o caso da Via Expressa BR-282"⁴³.

O nível de renda dessas famílias carentes está em torno de 1 a 5 SM, mas 90% não passa de 3 SM, percebidos no setor terciário, especialmente a construção civil e os serviços domésticos (mulheres). A taxa média da composição familiar gira entre 4,5 e 5,5 membros por família. Verifica, a

⁴¹A propósito, PEIXOTO, H.C.G. Estatísticas de mortalidade: contribuição para o diagnóstico de saúde. s.n.d. Datilogr., com base em dados da Secretaria de Estado da Saúde e do IBGE, informa que a taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais, segundo a Secretaria de Estado, em 1991, era de 6% em Florianópolis e de 10% no Estado, sendo um pouco maior entre a população feminina (7% em Florianópolis e 11% no Estado). Na população urbana, entretanto, o índice de analfabetos entre as pessoas de 15 anos e mais era de 6% em Florianópolis e de 8% no Estado.

⁴²Idem, p. 37.

⁴³Idem, loc. cit. O PMS informa que não existe levantamento preciso sobre a situação.

autoridade municipal de saúde, que o número de filhos vem decrescendo, e em algumas dessas comunidades já atinge "apenas 02"⁴⁴.

Quanto ao nível de escolaridade desse segmento, é baixo. Entre os adultos, apenas 40 a 48% cursou até a 3ª ou 4ª série do Primeiro Grau, e há um contingente de 9,5% a 12% de analfabetos. Embora as crianças em idade escolar consigam, quase na totalidade, matrícula nos estabelecimentos públicos de ensino, a evasão escolar é da ordem de 51% , a partir da 4ª série do Primeiro Grau.

No tocante á infra-estrutura urbana, 46% possuem rede de água; 55%, energia elétrica; 30% possuem iluminação pública completa; 60% das áreas têm recolhimento satisfatório de lixo, sendo que nas áreas de encosta, mais íngremes, a coleta é feita somente na rua principal. A rede coletora de esgoto é o serviço mais precário, existindo em apenas duas comunidades. Na maioria dos casos, o lançamento de esgoto é feito a céu aberto, nas galerias pluviais ou diretamente nos canais naturais de drenagem⁴⁵.

4.3.9 - Diagnóstico epidemiológico

Na mortalidade proporcional por faixas etárias⁴⁶, o indicador *Swaroop e Uemura* (que utiliza a mortalidade proporcional de maiores de 50 anos para avaliar situação de saúde) pode ser elevado para 65 ou 70 anos, que seria uma faixa mais próxima dos níveis de esperança de vida ao nascer, atuais.

A proporção de óbitos de menores de 1 ano caiu de 15,8 em 1980 para 6,1 em 1993, mostrando uma melhora significativa nos níveis de saúde, não só de Florianópolis, mas de todos os municípios que compõem a Regional,

⁴⁴Idem.

⁴⁵Idem, p. 38.

⁴⁶V. também PEIXOTO, op. cit., cujos dados são mais atualizados.

inclusive na comparação com o Estado (7,1). Em países desenvolvidos, como a Dinamarca, por exemplo, em 1980, esse índice era de 0,9%, apenas⁴⁷.

Na mortalidade proporcional segundo causas, as doenças do aparelho circulatório aparecem como responsáveis por aproximadamente um terço das mortes ocorridas em 1993. Em segundo lugar aparecem as causas externas (16.2%), representadas por acidentes, homicídios, suicídios e acidentes de trânsito. Em terceiro lugar estão as neoplasias, com 16,1%.

As doenças do aparelho respiratório ocupam a quarta posição, sendo que as principais causas de óbito nesse grupo são as infecções respiratórias agudas e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

As doenças infecciosas e parasitárias aparecem em oitavo lugar e são as meningites, as infecciosas intestinais, as tuberculoses e as septicemias, cujos óbitos são, em sua maioria, evitáveis.

Se levar em conta a idade em que ocorreram as mortes, utilizando o indicador de **anos potenciais de vida perdidos - APVP**, conforme mencionado ao exame do PES, a noção de prioridade, também aqui, passa a ser outra: o grupo **Causas Externas** sobe para a primeira posição, e na importância relativa passa de 16,2 do total de óbitos para 30,7% do total de APVPs. As **Perinatais**, 7a. causa pelo critério da magnitude, ocupam agora o 3º lugar: 11,4% dos APVPs. Em contrapartida, as **doenças do aparelho circulatório** e as **neoplasias** perderam bastante em importância⁴⁸.

O quadro da mortalidade geral em Florianópolis, confirma a linha de tendência do restante do Estado, anteriormente examinado.

Os neoplasmas malignos sobem de 80,9 para 106,5 e as perinatais caem de 48,4 para 17,2, em todo o período, enquanto que as doenças do aparelho respiratório mantêm uma média em torno de 60. As doenças infecciosas

⁴⁷V. PEIXOTO, op. cit.

⁴⁸V. PEIXOTO, op. cit. Nesta parte, Florianópolis está englobada na 18a. Regional.

intestinais, por outro lado, tiveram uma redução brutal, de 10,1 em 1980 para 1,9 em 1992 (embora tenha estado em 3,0 em 1982 e 9,2 em 1983).

Quanto à morbidade, o PMS descarta, sumariamente, a validade dos dados disponíveis, em relação à rede básica municipal: "A forma como está configurado atualmente o sistema de informações e o modelo assistencial não permite estabelecer indicadores de incidência ou prevalência dos problemas de saúde na população em geral. Está intimamente ligado aos serviços ofertados pela rede, que tende a atrair demandas específicas"⁴⁹.

Da mesma forma, descarta o PMS os números da morbidade hospitalar, baseado nas autorizações de internação hospitalar (AIH), pois não são suficientes e confiáveis para um "bom planejamento" de saúde.

O Documento Preparatório à I Conferência Municipal de Saúde⁵⁰, de abril de 1995, informa que nas 260.193 consultas médicas realizadas em 1993 na **rede ambulatorial** do Município, por grupo em ordem decrescente, o quadro foi o seguinte: 1º) *doenças do aparelho respiratório* (gripes, resfriados, bronquites): 19,6% do total, acometendo principalmente crianças; 2º) *doenças do aparelho geniturinário* (rins, bexiga, órgãos genitais): 13,6%; 3º) *sintomas e sinais mal definidos* (como tontura, vômito, febre, dor de cabeça, enjôo, dores no corpo, insônia, nervosismo, dor de garganta): 13,4%; 4º) *doenças infecciosas e parasitárias* (diarréia, vermes, amigdalite, faringite, otite): 11,5%; 5º) *doenças do aparelho circulatório* (pressão alta, problemas do coração, vasos, derrame, infarto): 6,8%; 6º) *doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos*: 6,5%; 7º) *enfermidades do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo* (dor nas costas, problemas de coluna, artrites e artroses): 6,3%.

⁴⁹Idem, p. 56.

⁵⁰CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1, 1995, Florianópolis. *Documento preparatório...* Florianópolis: Prefeitura Municipal/ Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social, 1995.

Estes 7 grupos de enfermidades representam em torno de 78% do total de diagnósticos nas consultas médicas.

Observadas as **internações hospitalares**, por diagnóstico, no ano de 1992, o quadro é bem diferente: 1º) *gravidez, parto e puerpério*: 31%; 2º) *doenças mentais*: 8%; 3º) *doenças do aparelho circulatório*: 6% e *tumores* também 6%. As *causas externas*, como acidente de trânsito, no trabalho, envenenamentos, contribuem com 3%. Comenta o citado documento, da Conferência de 1995, que a predominância de gravidez e parto se explica pelo costume de realizá-los nos hospitais e maternidades, mas que chama atenção o elevado índice de internações por doenças mentais e o aumento considerável das internações por causas externas, devidos ao grande número de acidentes de trânsito.

4.3.10 - Rede física de serviços de saúde

Para atender essa demanda, destaca o Documento Básico em referência, da Conferência Municipal de Saúde, Florianópolis conta com privilegiada estrutura física de ambulatórios, leitos hospitalares, clínicas, laboratórios, centros de referência e equipamentos, conveniados ao SUS e ao IPESC, além um grande número de profissionais de saúde.

A estrutura da rede pública municipal é composta de 01 policlínica (antigo prédio do INPS do Estreito); 14 Centros de Saúde II-CSII (atendimento em clínica geral, pediatria, ginecologia, odontologia e enfermagem, além de laboratório e posto de coleta de exames e nutricionista, em alguns casos); e 31 Centros de Saúde I-CSI (atendimento básico de enfermagem, clínica geral, sendo que em alguns com atendimento odontológico e vacinação); 01 clínica modular odontológica (no Bairro Monte Verde); 9 gabinetes odontológicos em escolas do Estado; 2 simplificados

odontológicos (Ponta das Canas e Costeira) e 3 laboratórios de análises clínicas, além da estrutura do nível central na Trindade. A Policlínica, além dos serviços prestados por um CSII, tem vários especialistas, serviços de radiologia e funciona como referência para os municípios da Grande Florianópolis.

4.3.11 - Situação da Vigilância Sanitária

O PMS frisa o período de transição à municipalização da Vigilância Sanitária e sua estruturação, classificando as atividades da seguinte maneira: a) fiscalização de saneamento; b) orientação e fiscalização de produtos, e c) outras atividades.

a) Fiscalização de saneamento

As atividades resumem-se ao atendimento de reclamações, sendo 1.200 atendidas e outro tanto não atendidas por "falta de estrutura (pessoal capacitado, viaturas)". Com um contingente de 3 fiscais sanitários, ter-se-ia conseguido monitorar 50% dos sistemas de esgotos individuais, ficando os esgotos coletivos na alçada da Companhia Catarinense de Águas e Saneamento-CASAN (organização pertencente ao Estado de Santa Catarina).

Procura a Vigilância Sanitária Municipal dar prioridade às escolas e creches das comunidades carentes onde não existe abastecimento de água tratada, realizando monitoramento da qualidade de poços, fontes e cachoeiras, através de análises laboratoriais.

b) Orientação e fiscalização de produtos

Trata-se basicamente dos estabelecimentos de comercialização e manipulação de alimentos. O Município tem como destacada atividade econômica o turismo, pelo que é elevado o número de bares, restaurantes, hotéis e supermercados. Atenção especial é exigida na temporada de verão, quando se desenvolve uma operação específica. Ao demais, a atividade consta de atendimento a reclamações e vistorias rotineiras.

c) Outras atividades pertinentes à Vigilância Sanitária

Em Florianópolis, em abril de 1993, época da elaboração do PMS, a maioria das atividades de Vigilância Sanitária eram executadas pela Diretoria de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde: controle das unidades de saúde; controle das atividades de saúde; fiscalização do exercício profissional.

A Vigilância Sanitária do Município atuava em conjunto na fiscalização de produtos e na fiscalização do meio ambiente.

A Secretaria da Saúde do Município, entretanto, não dispunha de nenhum dado ou informação quanto à atuação e os resultados das ações em seu território⁵¹.

4.3.12 - A produção da Vigilância Sanitária do Município

Ante a omissão do Plano Municipal de Saúde, foram colhidos os dados diretamente no órgão de Vigilância Sanitária do Município⁵². Comprovou-se que o órgão responsável dividiu o Município em 4 Setores: **Setor I**,

⁵¹O Plano Municipal de Saúde, op. cit., p.80, informa que as informações foram solicitadas e não atendidas, pelo que o diagnóstico da situação do Município teria ficado prejudicado.

⁵²PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social. Divisão de Vigilância Sanitária. *Boletim de atividades*. Florianópolis, jun., 1995.

englobando os bairros da parte continental (Abraão, Coqueiros, Itaguaçu, Capoeiras, Estreito, Balneário, Jardim Atlântico, Coloninha e Monte Cristo); **Setor II, com o Centro e sua periferia** (Agronômica, Carianos, Centro, Costeira do Pirajubaé, Prainha, Saco dos Limões e Tapera); **Setor III, praias do Norte da Ilha** (Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Daniela, Ingleses, Jurerê, Monte Verde, Ponta das Canas, Ratoes, Rio Vermelho, Saco Grande I, Saco Grande II, Sambaqui, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Pequena, Vargem Grande, Vargem Bom Jesus e Cacupé); **Setor IV, praias do Sul** (Armação da Piedade, Barra da Lagoa, Caeira B. Sul, Campeche, Canto e Costa da Lagoa, Córrego Grande, Itacorubi, Joaquina, Lagoa da Conceição, Morro das Pedras, Pantanal, Pântano do Sul, Rio Tavares, Ribeirão da Ilha e Trindade)⁵³.

O **Boletim de Atividades**⁵⁴ fornecido pelo órgão apresenta 12 categorias de ações e o desempenho em 1993, 1994 e 1995 (até maio) foi o seguinte:

TABELA Nº 01 - Desempenho da equipe de Vigilância Sanitária do Município de Florianópolis no triênio 1993-1995:

Atividades	1993	1994	1995
Fossa saturada pela rua:	59	110	68
Esgoto a céu aberto:	271	259	45
Esgoto por terreno(reclamação)	59	105	34
Águas servidas pela rua	62	47	19
Águas servidas p/ terreno (rec.)	25	26	12
Vazamento e infiltração em apto	45	30	9
Lixo	59	71	25
Ligação clandestina galeria pluvial	75	74	22
Falta de higiene	96	136	78
Produtos deteriorados	24	41	21
Coleta de água	21	4	zero

Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social, Divisão de Vigilância Sanitária.

⁵³A inclusão do Bairro Trindade, no qual não há praia, é decisão administrativa da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

⁵⁴Op. cit..

Ao que se pode comprovar, ante todo o exposto e os dados retro, a Vigilância Sanitária do Município e do Estado vivem a realidade das demandas de reclamações, sem fôlego para a prevenção, sem estrutura para uma ação planejada, sem mapeamento das prioridades e das áreas de impacto. Cumprir elaborar um plano geral de atenção da Vigilância Sanitária, nos moldes do Sistema Único de Saúde, e a identificação dos pressupostos, elementos e mecanismos de controle desse plano é o grande desafio do setor na era de implantação do SUS e da municipalização.

A arrancada nesse rumo, pelo Município, pode ter sido a Municipalização, ainda que tardia, e a elaboração do seu Código Sanitário.

4.4. O Código Sanitário do Município de Florianópolis

4.4.1 - Antecedentes

Instituído o SUS e publicada a Lei 8.080/90, conforme já visto e se sabe, o Município passou da condição de mero coadjuvante (ou expectador) a titular da execução das ações de Vigilância Sanitária. Isto deveria operar, em tese, uma verdadeira revolução nas estruturas do Estado e do Município, mas na prática não foi o que ocorreu.

Ao contrário do esperado, no primeiro momento o que houve em Santa Catarina, em termos de Vigilância Sanitária, foi um retrocesso, com o desmantelamento da estrutura estadual, sem a correspondente implantação do novo modelo. Através da Lei estadual 8.245, de 12 de abril de 1991, extinguiram-se, pura e simplesmente, o Departamento Autônomo de Saúde Pública (uma autarquia) e seus Centros Administrativos Regionais de Saúde, em cujas instâncias eram julgados os processos administrativos de apuração

das infrações sanitárias, sem qualquer referência às competências, na fase de transição à municipalização.

Com o passar do tempo, a Secretaria de Estado da Saúde foi estimulando os Municípios a elaborarem seus "códigos sanitários", cuja aprovação (pela Câmara) deveria ser acompanhada da assinatura, pelo Executivo, de um "Convênio de Municipalização", através do qual eram repassadas algumas competências, geralmente, saneamento, alimentos e bebidas, incluindo estabelecimentos comerciais e expedição de alvarás, com autorização expressa para arrecadar as taxas e multas para o Fundo Municipal de Saúde (que também deveria ser criado).

As demais ações não previstas no convênio, assim as atividades nos Municípios não conveniados, continuaram sob a execução e o controle da Secretaria de Estado da Saúde, através da sua Diretoria de Vigilância Sanitária.

O Município de Itajaí, ante a situação nebulosa que perdurava e a dificuldade para definir um modelo local para a Vigilância Sanitária, contratou, em fevereiro de 1992, um parecer técnico do Escritório Pasold de Advocacia, enquanto que Chapecó, no Oeste do Estado, partia para a elaboração de um projeto, à base do referido modelo, encaminhado pela própria Secretaria Estadual de Saúde.

Itajaí recebeu um longo e conclusivo parecer, assinado pelo Consultor CESAR LUIZ PASOLD⁵⁵, historiando os fatos, fixando os parâmetros da nova legislação, configurando os princípios, diretrizes e competências da Vigilância Sanitária no SUS, flagrando os problemas da fase de transição e as alternativas do Município, frente à inércia das esferas federal e estadual. Em suma, a legislação material e processual anterior continuava em vigor, o Município não tinha competência constitucional para legislar em áreas

⁵⁵PASOLD, Cesar Luiz. *Parecer*. Projeto de lei municipal que dispõe sobre vigilância sanitária no município de Itajaí. Florianópolis, mar. 1993. 28p.

privativas das demais esferas, mas também não poderia ficar aguardando, indefinidamente, providências que não estavam sendo tomadas. Afirmou o referido parecer:

"O que o Município catarinense pode fazer, na e para a fase de transição, sem incorrer em ofensa à Constituição e à Lei, é estabelecer, através de estatuto próprio:

1) as normas que disciplinem assuntos de saúde de *interesse tipicamente local e, suplementarmente*, às legislações federal e estadual (grifado no original);

2) a estrutura local do seu aparelho de Polícia Sanitária com as respectivas competências;

3) o fluxo dos processos decorrentes de autuações de seus agentes; e,

4) o destino dos recursos auferidos pela atividade de Vigilância e Fiscalização (fiscalização, multas e similares)".

Essas definições deveriam estar vinculadas ao convênio respectivo com o Estado Federado, acrescentava o Parecer, convênio no qual deveriam estar fixadas as atividades que o Município teria, efetivamente, condições de assumir.

O caminho seguido por Chapecó foi diferente.

O Município oestino preferiu repetir a legislação estadual, através de uma Lei (nº 3.496, de 30 de outubro de 1992, com 54 artigos e na qual o convênio de municipalização figura como um anexo) e de um Decreto (nº 3.064, de 11 de junho de 1993, com 272 artigos). Um segundo Decreto (nº 2.965, de 4 de novembro de 1992) instituiu a Tabela dos Atos da Vigilância Sanitária, através do qual a autoridade municipal poderia arrecadar os valores decorrentes da nova atividade assumida ao Fundo Municipal de Saúde (conforme art. 29, §2º da citada Lei 3.496/92).

Na verdade, esta alternativa de repetir a legislação estadual em lei e decreto municipais, que acabou prevalecendo na prática catarinense de implantação do SUS, explica-se em face da desatualização das legislações federal e estadual, após a Constituição de 1988 e da Lei 8.080/90. Os Municípios foram estimulados a elaborar um texto simplificado e apropriado às necessidades do momento, enquanto aguardavam e observavam o desenvolvimento do SUS.

4.4.2 - A tramitação do Projeto da Lei Municipal da Saúde de Florianópolis

Se os Municípios, de uma maneira geral, seguiam no rumo da decisão de Chapecó, que em última análise, era a linha de orientação da Secretaria de Estado da Saúde, Florianópolis não deu uma resposta imediata. E não o fez em função de que, na qualidade de Capital do Estado e sede do comando central da Vigilância Sanitária estadual, sempre sofreu a concorrência desigual da outra esfera de Governo e sua absorvente estrutura.

Somente em 1994 é que a Coordenadoria de Saneamento, subordinada ao Departamento de Saúde Pública da Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social da Prefeitura, iniciou um movimento no sentido de implantar a municipalização da Vigilância Sanitária, entendendo que deveria iniciar com a elaboração de um projeto de código sanitário, nos moldes dos demais municípios do Estado.

Em 31 de agosto daquele ano, a Prefeitura Municipal, com apoio financeiro da AFLOV - Associação Florianopolitana de Voluntárias, firmou convênio com a Fundação José Arthur Boiteux, vinculada à Faculdade de

Direito da Universidade Federal de Santa Catarina, contratando os serviços de assessoria jurídica para a elaboração de um anteprojeto⁵⁶.

O Anteprojeto foi entregue ao Prefeito Sérgio José Grando em 17 de novembro de 1994, no limiar do recesso da Câmara. Sabia-se que o momento político oferecia oportunidade ímpar, em face de que a mudança do Governo Estadual deveria ocorrer logo a 1º de janeiro; pensava-se que em tais circunstâncias poderia haver menor resistência ou disputa de espaço, por parte de uma nova equipe de Vigilância Sanitária na Secretaria de Estado da Saúde.

Rapidamente encaminhado à Câmara de Vereadores, o Projeto tomou o nº 6395/94, que, aprovado na última sessão do ano, em 15 de dezembro, foi sancionado a 19 de dezembro, como Lei nº 4565, publicada no Diário Oficial do Estado nº 15.086, de 23 de dezembro de 1994.

No Diário Oficial seguinte, de nº 15.087, de 26.12.94, era publicado também o Convênio de municipalização, firmado com o Governo do Estado, ficando estabelecido que a ex-Coordenadoria de Saneamento, agora Divisão de Vigilância Sanitária, a partir de 1º de janeiro de 1995, no "período de transição para a municipalização prevista na Lei Federal nº 8.080", assumiria a execução de um elenco de atividades, expressamente descritas naquele instrumento.

4.4.3 - O Convênio de municipalização

Dispõe o Convênio que a Prefeitura assume o controle e a expedição de alvarás de licenciamento para estabelecimentos industriais, comerciais e prestadores de serviços de interesse da saúde, arrecadando para o Fundo Municipal de Saúde as taxas correspondentes; assume também as atividades

⁵⁶A Fundação José Arthur Boiteux, por seu turno, confiou a tarefa aos professores Cesar Luiz Pasold e José Isaac Pilati, que cuidaram, respectivamente, da parte de direito material e de direito processual, ouvindo todos os setores e órgãos interessados, desde o Centro de Promotorias da Coletividade até as atividades meio da própria Prefeitura.

pertinentes à Saúde do Trabalhador e ao controle sanitário de atividades, estabelecimentos e congêneres nominados, lista esta que vai de hortas e feiras-livres, até mercados, supermercados, restaurantes, padarias, casas de moagem e veículos de transporte de mercadorias dos estabelecimentos mencionados.

Delega o Convênio, à Prefeitura, para dispor em legislação própria, o estabelecimento de normas gerais de saúde, penalidades, comércio de gêneros alimentícios, habitações urbanas e rurais. Acrescenta que a legislação municipal disporá sobre a competência para julgamento de autos e recursos na esfera da Prefeitura, deixando expresso que "os convenentes manterão estruturas próprias e autônomas de justiça administrativa", devendo a Prefeitura criar, na estrutura organizacional, o órgão respectivo, titular das ações e serviços de vigilância sanitária.

A Vigilância Sanitária estadual permanece executando as ações não especificadas no Convênio, mormente quanto aos aspectos atinentes a registro, comprometendo-se, de qualquer forma, a prestar apoio técnico e colocar à disposição da Prefeitura a rede laboratorial para as análises fiscais.

As taxas e multas de natureza sanitária reverterão em benefício da parte que houver executado o serviço ou ação, de conformidade com a delimitação de competência. As autoridades estaduais terão livre acesso aos estabelecimentos fiscalizados pela Prefeitura, mediante prévia comunicação à autoridade competente do Município.

Prevê, ainda, o Convênio o intercâmbio de informações, especialmente nos casos que envolvem alterações de atividades que possam levar à mudança da competência exclusiva entre os órgãos fiscalizadores.

No atinente às obrigações recíprocas de controle do convênio, as partes devem instituir Comissão Mista para: coordenar e supervisionar a execução das ações; opinar no prosseguimento e na ampliação da municipalização; estabelecer normas complementares à execução do convênio; dirimir

conflitos, resolver os casos omissos e propor medidas de aperfeiçoamento do próprio Convênio e sua execução.

Finalmente, merece registro, também, a cláusula que obriga a Prefeitura a dispensar, na medida do possível, tratamento igualitário ao pessoal do Estado, cedido ou colocado à disposição da Vigilância Sanitária, "especialmente no que concerne à gratificação de produtividade, através do Fundo Municipal de Saúde".

4.4.4 - A Lei Municipal 4.565/94: um instrumento à fase de transição

A Lei Municipal de Saúde veio acrescentar um elenco de funções completamente inéditas às competências do Município, e representou a criação de um novo subsistema na sua estrutura organizacional; mas esbarrou em limitações que não se poderia imaginar fora da realidade concreta.

Em primeiro lugar, a nova Lei ingressa num sistema jurídico existente e consolidado, ao qual deve adaptar-se e fundir-se harmonicamente. Em Florianópolis, o Código de Obras (Lei nº 1.246, de 19 de setembro de 1974) e o Código de Posturas (Lei nº 1.224, de 02 de setembro de 1974), por exemplo, são leis de interface, que ao mesmo tempo em que influem na feição do Código de Saúde também são influenciados por ele⁵⁷. Ora, essa reforma, profunda sem dúvida, na legislação municipal não pode ser feita sem um amadurecimento prévio, sob pena de enfrentar resistências de ordem política muito sérias.

Em segundo lugar, a inclusão de uma nova equipe de fiscalização, ao lado de serviços similares já existentes e consolidados, ameaça com mudanças, com alterações de quadros, com extensão ou questionamento de

⁵⁷Apenas a título de exemplo, o Código de Posturas possui um Título inteiro (arts.75 a 103) dedicado à "polícia sanitária", matéria que deveria, fatalmente ser absorvida pelo Código Sanitário.

privilégios, gratificações e corporativismos, o que também pode conduzir, com muita facilidade, ao conflito e à resistência.

Por outro lado, não bastassem os obstáculos de ordem jurídica e funcional, cumpre destacar que a absorção da Vigilância Sanitária, ao que se pode constatar, não contou com a participação e o interesse dos demais setores da Administração Municipal. Foi obra isolada dos técnicos da área de Vigilância Sanitária e seu esforço. Estes, na verdade, estavam cuidando ou implantando na Prefeitura uma nova atividade, com saberes, práticas e tecnologias diferentes, mas não menos importantes, para os demais funcionários, do que aquilo que eles desempenham e dominam no serviço público.

Em face disso, e considerando o pouco tempo disponível até o encerramento do ano legislativo, a estratégia adotada para a aprovação da Lei foi no sentido de não introduzir, na medida do possível, nenhuma alteração no *status quo*. Os Códigos de Obras e de Posturas permaneceram inalterados; o efetivo da Vigilância Sanitária foi colocado em quantitativo próprio, sem qualquer alusão aos demais efetivos de interface, ou seja, aqueles que, mais cedo ou mais tarde, deverão ser ajuntados no mesmo contingente do Plano de Carreira, Cargos e Salários.

Tratou-se, portanto, de elaborar uma Lei que pudesse ser aprovada (sem provocar discussões internas), e destinada, ou limitada por isso mesmo, a servir de instrumento da fase de transição à municipalização das ações de Vigilância Sanitária. Um objetivo aparentemente modesto, mas um grande avanço perante as circunstâncias.

Em termos de conteúdo, a estratégia foi repetir a legislação estadual existente, com as alterações e adaptações imprescindíveis, ou seja, um meio termo entre a idéia defendida por PASOLD, no parecer retro referido, e a

proposta da própria Secretaria de Estado da Saúde, representada pela experiência de Chapecó.

De fato, a nova Lei Municipal acabou por significar o desencadeamento da fase de transição para a municipalização da Vigilância Sanitária. Na prática, registre-se, o sistema anterior ainda continua e continuará, pois praticamente se está, ainda, reproduzindo, no nível municipal, o que antes se tinha na esfera estadual. Não se começou a elaborar o novo sistema que será, com certeza, a Vigilância Sanitária do Sistema Único de Saúde, seus princípios, diretrizes, estrutura e instrumentos jurídico-administrativos.

4.4.5 - Conteúdo da Lei Municipal 4.565/94

Descritivamente, a Lei 4565/90, que "dispõe sobre normas relativas à Saúde e à Vigilância Sanitária no Município de Florianópolis, estabelece penalidades e dá outras providências", tem 80 artigos, divididos em 5 Títulos.

O Título I (arts. 1º e 2º) contém as Disposições Introdutórias, pertinentes ao âmbito de sua aplicação, com seus regulamentos, normas técnicas e instruções; e aos sujeitos e destinatários, observadas as legislações Estadual e Federal.

O Título II (art. 3º) trata da Saúde da Pessoa e da Família, estabelecendo, em capítulo único, direitos e deveres básicos, frente à Sociedade, ao Estado, aos próprios dependentes, ao meio ambiente, às autoridades de saúde, à doença e todas as atividades pertinentes à saúde.

O Título III (arts. 4º a 23) compreende a Promoção e Proteção da Saúde, em dois capítulos: Capítulo I, sobre Saúde de Terceiros, com várias seções (Atividades diretamente relacionadas com a Saúde de Terceiros, especialmente o exercício de profissão de ciência da saúde; e Atividades indiretamente relacionadas à Saúde de Terceiros, ou seja, habitações urbanas e

rurais, estabelecimentos industriais, comerciais, agropecuários e prestadores de serviços, alimentos e bebidas, substâncias e produtos perigosos e Saúde do Trabalhador); Capítulo II, sobre Ambiente, com seções e subseções (poluição, contaminação do solo e da água, disposição de resíduos e dejetos, águas residuárias e pluviais).

O Título IV (arts. 24 a 72) é o mais longo de todos porque se ocupa da Vigilância Sanitária, especificamente, e o faz em três capítulos: Capítulo I, envolvendo Competência, Orientação, Controle e Fiscalização, no qual se configuram os princípios e diretrizes do SUS; Capítulo II, Infrações e Penalidades, desdobrado em diversas Seções e Subseções (Tipologia e Graduação das Penalidades, Caracterização das Infrações e respectivas Penalidades, Caracterização básica do Processo, com Auto de Intimação, Auto de Coleta para Análise Fiscal, Auto de Infração, Auto de Multa, Notificação e Defesa, Julgamento, Auto de Imposição de Penalidade, Recurso, Execução das Penalidades, Prescrição e Registro de Antecedentes); Capítulo III, introduzindo a Taxa de Atos de Vigilância Sanitária (Incidência e Cálculo).

O Título V e último engloba as Disposições Gerais e Finais, tais como a previsão de expedição de Decretos regulamentares, a assinatura do Convênio complementar de municipalização (com o Estado), o estabelecimento de gratificações para os servidores do quadro e para aqueles cedidos pelo Estado à Vigilância do Município, a transformação da Coordenadoria de Saneamento em Divisão de Vigilância Sanitária (como órgão técnico titular do setor), além de dispositivos a respeito dos processos em andamento, da estratégia para prestar informações de interesse do Judiciário e do Ministério Público e a data para a entrada em vigor da Lei, ou seja, 1º de janeiro de 1995 (exatamente o dia da posse no novo Governo estadual).

4.4.6 - Principais características e inovações da Lei Municipal 4.565/94

Na parte de direito material, a Lei 4.565/94 reproduz a Lei estadual 6.320/83 nos temas que interessam ao processo de municipalização, independentemente das atribuições assumidas pelo Município, em termos imediatos, no Convênio respectivo, firmado com o Estado de Santa Catarina. Neste aspecto, inegavelmente, a Lei florianopolitana foi mais ambiciosa que a Lei do Município de Chapecó, que é mais adstrita ao Convênio e, em consequência, está mais exposta à desatualização, em face do avanço inexorável do processo de municipalização.

A Lei Municipal também preserva o modelo da Lei estadual, de inspiração na OPAS, conforme já referido, tanto na sistemática de distribuição das matérias, como no estilo redacional (a pessoa como sujeito da norma); e adota a mesma estratégia de delegar a decretos regulamentares os detalhamentos dos setores temáticos. Cada área especializada contará com um regulamento específico e a unicidade do sistema, perante a legislação esparsa, de qualquer das esferas de governo, é assegurada pelo processo administrativo de apuração de infrações, que é o mesmo para todas as especialidades.

Os reflexos inovadores, perante o SUS, manifestam-se a partir do Título IV (que trata da Vigilância Sanitária), confirmando a Direção Única, seus princípios e diretrizes e o caráter sistêmico, em torno do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (art. 24).

O art. 25 reproduz o conceito de Vigilância Sanitária da Lei 8.080/90, destacando as áreas de atuação do setor, complementadas pelo art. 27, que alude a licenciamentos, alvarás, registros e informações. As atuações, no território do Município, por autoridades de saúde de outras esferas de governo, serão, ou realizadas em conjunto com as autoridades municipais, ou mediante

autorização prévia; exceção é aberta, apenas, aos casos de urgência, que assim mesmo dependerão de ratificação posterior e expressa da autoridade municipal, à vista dos autos e termos que tiverem sido expedidos (art. 28, § 1º).

De suma importância é o art. 26, dispondo, na linha do SUS também, que as ações de vigilância sanitária serão executadas de forma planejada, **utilizando a epidemiologia** para estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática; de forma integrada com as demais esferas de governo; de forma articulada com o Ministério Público, com os órgãos responsáveis pela defesa da ética profissional e todas as demais organizações voltadas a objetivos identificados com a vigilância sanitária; e, sobretudo, que tais ações deverão contar com **efetiva participação comunitária**.

Outra inovação introduzida pela Lei municipal, em relação à estadual, é a do art. 31, § 4º, relativa a infrações cometidas por funcionário ou órgão público, de qualquer das esferas de governo: a direção municipal comunica o fato ao superior hierárquico ou órgão de controle externo, e, em havendo descaso, de uns e de outros, tomará as providências de ordem criminal, perante o Ministério Público. O dispositivo é de alto alcance jurídico, equacionando um problema freqüentemente "resolvido" com aplicação de multas absurdas, de instituição contra instituição pública, como se a movimentação de recurso público, de um cofre para outro, resolvesse alguma coisa.

Da mesma forma, a repetição de dispositivo do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990, art.107), autorizando a autuação de diretores e empregados da empresa, responsáveis diretos pela infração sanitária, é mais um instrumento importante na defesa da saúde, introduzido na legislação sanitária pelo Município de Florianópolis.

Todavia, a contribuição mais sensível da Lei Municipal, em favor dos seus operadores, foi a simplificação de alguns aspectos do processo administrativo e seus instrumentos básicos, a começar pela providência salutar de manter todas as normas procedimentais na própria Lei; no sistema estadual a operacionalidade e a aplicação são dificultadas pela fragmentação do procedimento, entre a Lei 6.320/83 e o Decreto 23.663, de 16 de outubro de 1984.

Por outro lado, o fluxo processual foi abreviado em relação às penalidades mais leves, em favor de uma maior presteza da autoridade sanitária, sem prejuízo da defesa do autuado⁵⁸.

Inovações também foram introduzidas em relação a dois outros instrumentos do sistema estadual: o Auto de Intimação (relativo às intervenções e medidas cautelares), e o Auto de Coleta de Amostras para a Análise Fiscal (processado perante o Laboratório Oficial Credenciado e pertinente aos casos de apreensões de produtos e substâncias sujeitos a exames técnicos).

Perante esses instrumentos, a Lei Municipal de Florianópolis, orientada pelos princípios gerais do Ordenamento Jurídico e, portanto, sem contrariar a hierarquia legal, procurou tornar mais expedita e facilitada a tarefa da fiscalização, com algumas providências muito simples.

Com relação ao Auto de Intimação⁵⁹, a Lei municipal procurou dar maior autonomia à intervenção de caráter preventivo da autoridade, desvinculando-a do auto de infração ou qualquer outro procedimento, vínculo

⁵⁸No sistema estadual o auto de infração apenas desencadeia o processo; a penalidade é fixada somente após o julgamento do processo, mediante a expedição de um novo auto (de imposição de penalidade). O sistema da Lei 4565/94 permite a fixação da pena desde logo, no auto de infração, no caso de infrações de menor gravidade. Diz o art. 55: "Quando verificar que se trata de infração leve (art. 35,V), e a penalidade aplicável for unicamente de multa, a autoridade autuante poderá lavrar auto de multa, fixando-a, desde logo, entre 5 e 20 UFM's, levando em conta os critérios de dosimetria desta Lei e seus regulamentos".

⁵⁹Trata-se de figura que se apresenta com as mais variadas formas nos códigos sanitários da Federação, muitas vezes sob a denominação de Termo de Intimação. V. PILATI, José Isaac. *O processo administrativo sanitário na Federação brasileira*. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1989. Dissertação de Mestrado em Direito. p. 154 e ss.

este que a legislação estadual (art. 29 do Dec. 23.663/84) apresenta como um ranço das questões doutrinárias do processo civil⁶⁰.

Com o novo tratamento, o Auto de Intimação se torna um instrumento ágil e adequado a uma gama infinita de situações, liberando o processo de todo o entulho proveniente das discussões em torno da doutrina do processo cautelar do CPC.

Assim se pôde também dispensar o Auto Imposição de Penalidade Antecipada (Dec. 23.663/94, art.19) instrumento muito contestado, nunca assimilado convenientemente pelas equipes de Vigilância Sanitária, e difícil de sustentar em juízo, pela impressão de condenação sumária⁶¹. Eliminada a idéia de que o Auto de Intimação seja um termo de um processo cautelar, a autoridade pode, perfeitamente, ao invés de um Auto de Imposição de Penalidade Antecipada, emitir, juntamente com o Auto de Infração, uma ordem fundamentada para cessar a atividade danosa à Saúde Pública, chegando ao mesmo resultado pretendido pela legislação estadual e sem dar margem à interpretação de que se trata de uma condenação sumária.

No tocante às Informações da Autoridade Autuante, um relatório que é oferecido à vista da defesa do autuado, a Lei 4.565/94 é bastante explícita nos elementos que exige, tendo em conta não só os esclarecimentos necessários ao julgamento, mas também a eventual utilização do processo administrativo em outras esferas de responsabilidades, civis e criminais. Dispõe o parágrafo único do art. 59: "A autoridade autuante, ao prestar as informações solicitadas pela autoridade julgadora, fornecerá e esclarecerá todos os elementos

⁶⁰Esta inovação foi incentivada por uma conversa dos responsáveis pelo Projeto com J.J. CALMON DE PASSOS. A redação do art. 40 da Lei 4.565/94 é a seguinte: "A autoridade de saúde, no exercício da vigilância sanitária, emitirá as ordens, recomendações ou instruções, que se fizerem necessárias, mediante auto de intimação". Os parágrafos complementam a configuração estabelecendo que o descumprimento da ordem será punido com multa, dobrada a cada desobediência, até o máximo previsto na Lei.

⁶¹Diz o art. 19 do Dec. estadual nº 23.663/84: "A autoridade de saúde poderá, nos casos em que a infração exigir pronta ação para a proteção da saúde pública, aplicar de imediato as penalidades de apreensão, inutilização, interdição e outras previstas neste Regulamento, lavrando o auto de imposição de penalidade, independentemente da tramitação normal do auto de infração respectivo".

complementares necessários ao julgamento, narrando as circunstâncias do caso e da autuação, as condições e a conduta do infrator, em relação à observância das normas sanitárias, assim como a sua capacidade econômica".

Outro aspecto interessante, e desta vez na linha do Decreto 23.663/84 (art. 56), é a conversão da pena de multa em atividade educativa, "a requerimento do interessado, ou mediante a sua concordância expressa, e ouvida a Direção Única da Vigilância Sanitária", por decisão do Prefeito Municipal (art. 63 da Lei 4565/94).

Quanto à fase de execução das penalidades merece registro o seguinte: o art. 69, parágrafo único do Dec. 23.663/84 condiciona, repetindo dispositivo federal da Lei 6437/77 (art. 37), a inutilização de produtos e outras penalidades à publicação da decisão irrecorrível na Imprensa Oficial. A Lei Municipal, em face dos custos, determina a comunicação das decisões às esferas interessadas e, especificamente quanto à publicação, determina que seja feita por afixação "em lugar de costume"... "comunicando aos órgãos de imprensa os casos mais graves, de interesse da população em geral" (art. 67. itens I e II). Poupa-se o Município, assim, dos elevados custos com publicações inócuas, deixando a cargo da autoridade federal o que for de direito e extropolar a esfera local.

De qualquer maneira, as publicações são complementadas com o sistema de informações, erigido em torno do Registro de Antecedentes, de que trata o art. 70 da Lei 4.565/94.

Na parte das Disposições Gerais e Finais, existem dois pontos de destaque.

O primeiro é o incentivo aos servidores do Estado para integrar a equipe de Vigilância Sanitária do Município, através da criação de uma gratificação de produtividade especial, prevista no parágrafo único do art. 74. O Município de Florianópolis necessita, na fase de implantação da municipalização, do

maior número possível de servidores do Estado, para concretizar o repasse de conhecimentos técnicos e operacionais.

O segundo é o disposto no art. 78, que se explica por si só: "As informações de interesse da vigilância sanitária ao Ministério Público e ao Poder Judiciário, serão prestadas com rapidez e eficiência, contendo os elementos indispensáveis à finalidade almejada, ficando a sua elaboração, de preferência, a cargo de **equipe especializada** (grifa-se), com acesso garantido a todos os órgãos e locais".

Este dispositivo revela-se de suma importância para a articulação da Vigilância Sanitária com aquelas instituições, mediante uma alternativa concreta no rumo da rapidez, da eficiência e da competência das informações.

5. VIGILÂNCIA SANITÁRIA, ESTADO, SUS, DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE: DISCUSSÃO

5.1 - Vigilância Sanitária

A parte jurídica deste estudo implica na descrição do instituto da Vigilância Sanitária e sua posição no arcabouço legal da Federação Brasileira, e não dispensa uma abordagem complementar em dupla dimensão: a) o modelo de Vigilância Sanitária antes do SUS e b) o seu novo perfil, depois da Lei 8.080/90. Neste capítulo realiza-se, pois, uma consolidação desses elementos no seu cunho dogmático.

A análise do aspecto político, por outro lado, importa na discussão de três questões preferenciais: a do Estado; a do SUS, como movimento da chamada Reforma Sanitária, e; a da Municipalização e Participação da Comunidade (em Vigilância Sanitária).

5.1.1 - O que é a Vigilância Sanitária?

Ante o que foi exposto na presente Tese, pode-se afirmar, sinteticamente, que a Vigilância Sanitária é um conjunto de saberes e práticas atinentes ao Poder de Polícia na área da Saúde Pública. Como Poder de Polícia, representa especificamente as ações restritivas da liberdade e da propriedade em favor da Saúde coletiva.

Sua execução está afeta à Administração Pública e seus agentes, que exercem os chamados poderes administrativos, regidos pelo direito público. Vale dizer, a Administração pode agir com prerrogativas de supremacia sobre o particular, nos termos do direito administrativo e seus princípios; porém, dentro dos estreitos limites que lhe fixam os direitos e garantias fundamentais do cidadão, guardados pela Constituição e o Direito Constitucional.

Em palavras mais simples, a garantia do cidadão, perante tal atividade coercitiva da Vigilância Sanitária, é a Lei.

No seu espectro jurídico-legal, o exercício da Vigilância Sanitária apresenta-se de três formas: a) através da lei, que fixa o preceito, a sanção e o procedimento de apuração e apenação das infrações; b) mediante permissões, autorizações, licenças, registros, alvarás e outros instrumentos burocráticos de controle de produtos, estabelecimentos e serviços; e c) com os atos de coerção propriamente ditos, representados pela fiscalização ou atuação direta dos agentes na Sociedade.

Os atos de coerção ou fiscalização são praticados dentro da chamada "Justiça Administrativa", ou da "Jurisdição Administrativa", que se rege por princípios próprios e específicos, destinados a assegurar a flexibilidade e a prontidão da intervenção policial, por um lado; mas por outro, sem lesão ou gravame de direito na esfera jurídica do cidadão, a quem é assegurada a ampla defesa através de um processo (o devido processo legal).

Estes atos de polícia administrativa sanitária submetem-se a dois tipos de controle: a) um interno, no âmbito administrativo, através dos recursos que o cidadão pode interpor às autoridades e órgãos superiores da própria Administração Pública, na forma do rito processual; e b) outro externo, a cargo do Poder Judiciário, ao qual o cidadão pode recorrer a qualquer momento, sempre que se sentir lesado em seus direitos, por ilegalidades ou abusos cometidos pela autoridade de saúde no processo administrativo (ou fora dele).

Por outro lado, e a par dessa faceta jurídica, os saberes médico-sanitários da Vigilância Sanitária integram, como subsistema, o sistema da Saúde Pública, circunstância que leva à sua incorporação ao SUS, seus princípios e diretrizes.

Ora, dentro do Sistema de Saúde, a Vigilância Sanitária não se confunde com os serviços da rede básica, ambulatorial ou hospitalar. Em termos técnico-jurídicos, Vigilância Sanitária implica em "ações de saúde" e não em "serviços de saúde".

BANDEIRA DE MELLO¹ define serviço público administrativo como "atividade prestada pelo Estado ou por quem lhe faça as vezes, de oferecimento direto de **utilidade** ou **comodidade** aos administrados sob um regime de direito público".

A Vigilância Sanitária não tem essa conotação; muito ao contrário, em termos imediatos e diretos, ela é injunção, é exercício de coerção. Ela caracteriza-se como um poder negativo, como um *non facere*.

A distinção ganha significado de importância quando o intérprete se volta para a participação da comunidade: em relação às decisões de ordem política, financeira, administrativa, não há o que discutir quanto à presença da Comunidade ou seus representantes; no tocante à execução dos serviços, também não; mas quando se fala em participação da comunidade **nos atos de**

¹MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de direito administrativo*. São Paulo: Malheiros, 1994. p. 397.

fiscalização e coerção, aí sim, a situação é bem diferente, pois a Participação importa numa faceta de "desestatização" de procedimentos coercitivos.

5.1.2 - Linhas gerais do sistema de Vigilância Sanitária anterior ao SUS

Como se teve oportunidade de demonstrar nesta Tese, até a instituição do Sistema Único de Saúde, o subsistema da Vigilância Sanitária era centralizado na União, que legislava sobre a matéria, executava as ações de fiscalização e monopolizava os registros. O Estado-Membro cooperava na fiscalização, reproduzindo o sistema federal em sua legislação e território, ao passo que o Município era, praticamente, alijado de tais atividades, ficando restrito ao âmbito do seu código de posturas.

Não havia descentralização. A forma de repassar ou delegar algumas das funções, tão rigidamente centralizadas, era o convênio, que até funcionava como um instrumento de confirmação e exacerbação do monopólio federal.

No plano do exercício, ou execução das atividades, o princípio basilar era o da discricionariedade: a Administração Pública é que, soberana e absoluta, decidia sobre a conveniência, a oportunidade e o tipo de medida a tomar.

O cidadão, ou mais precisamente, *o particular* tinha assegurado o seu direito de petição e representação (art. 153, § 30), mas o Poder Público reservava-se a prerrogativa de não o atender. MEIRELLES², um dos administrativistas mais respeitados daquela época no Brasil, dizia com todas as letras: "A representação administrativa é a denúncia formal e assinada, de irregularidades internas ou de abusos de poder na prática de atos da Administração, feita por quem quer que seja, à autoridade competente para conhecer e coibir a ilegalidade apontada. O direito de representar tem assento

²MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito administrativo brasileiro*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1986, p.576.

constitucional e é incondicionado e imprescritível (Constituição da República, art. 153, § 30). Pode ser exercitado por qualquer pessoa, a qualquer tempo e em quaisquer circunstâncias, **mas não obriga a autoridade a nenhum procedimento interno: vale como informação de ilegalidades, a serem conhecidas e corrigidas pelos meios que a Administração reputar convenientes**" (grifo acrescentado).

O direito do cidadão limitava-se, praticamente, a atacar a ilegalidade, nas esferas administrativa ou judicial e a evitar ou ressarcir-se de prejuízos infringidos pela ação da Administração Pública. Assim, o ato seria inválido se a autoridade não fosse competente; se a finalidade da restrição não fosse a do bem da coletividade, indicado na lei; se a sanção aplicada não guardasse proporcionalidade com a gravidade da infração ou com o benefício social auferido; se os meios empregados pela Administração não fossem legítimos; ou, enfim, se o ritual vinculado em lei não tivesse sido observado pela autoridade.

Esgotava-se aí, praticamente, a esfera de prerrogativas do cidadão, perante o poder de injunção da Polícia Administrativa do Estado.

Os direitos eram reconhecidos ao administrado numa linha individualista e patrimonialista. A interdição sumária de um estabelecimento comercial, por exemplo, poderia ser impugnada judicialmente por ausência de oportunidade à defesa e por atentar contra o livre exercício de profissão. Mas, a defesa dos interesses coletivos (até bem pouco tempo), era coisa que não lhe dizia respeito e sim às autoridades constituídas e competentes, e assim mesmo, com reconhecidas limitações³.

³Como lembra BENJAMIN, falando da defesa do consumidor, até 1985 e a Lei da Ação Civil Pública, "nem o Ministério Público, nem as associações, nem qualquer outro órgão público, tinham legitimidade para representar, em juízo, interesse dos consumidores", que ficavam à mercê das regras ultrapassadas do Código Civil, que ofereciam proteção mínima e num plano individual. BENJAMIN, Antônio Herman V. *O código brasileiro de proteção do consumidor*. [São Paulo: s.n.], 1993. 24p. Datilogr. Trabalho apresentado no ASIAN SEMINAR ON CONSUMER LAW, Kuala Lumpur, 9-12 out. 1993.

O quadro completava-se com um perfil impingido ao Poder Judiciário, de legalismo e neutralidade. Um papel comportado e conformado perante o figurino de um direito positivo e uma dogmática jurídica preestabelecidos, e praticamente intocáveis.

Era, portanto, um modelo baseado numa noção de ordem, diz WOLKMER⁴, a partir de uma concepção da sociedade "como um todo harmonioso". Um modelo centrado na lei e nos aparelhos burocráticos do Estado.

O poder de polícia neste contexto? Além da coerção, destaca NILSON BORGES FILHO⁵, "não deixam, também, de operar ideologicamente, reproduzindo a ideologia oficial que é a da classe dominante que detém o poder".

E BOVA⁶ acrescenta: "...a defesa dos bens da população, que poderia parecer uma atividade destinada à proteção de todo o agregado humano, se reduz à tutela das classes possuidoras de bens que precisam de defesa; quanto à defesa da ordem pública, ela se resume também na defesa de grupos ou classes particulares".

De um ponto em diante, este modelo parece dar mostras de algumas mudanças. Surge o SUS, e com ele a perspectiva de uma nova Vigilância Sanitária.

⁴V. WOLKMER, Maria de Fátima. A função jurisdicional frente ao controle e a participação democrática. *Alter Ágora*. Florianópolis, n. 2, p. 46-50, nov. 1994.

⁵BORGES FILHO, Nilson. *Os militares no poder*. São Paulo: Acadêmica, 1994. p. 7 (e ss.).

⁶BOVA, Sérgio. Verbete: Polícia. In: BOBBIO, Norberto et al. *Dicionário de política*. Trad. de Carmen C. Varialle et al. Brasília: UNB, 1991. v.1, p.944-949.

5.1.3 - O novo perfil da Vigilância Sanitária no SUS

Na nova ordem legal do SUS, as duas mudanças mais significativas, quanto à Vigilância Sanitária, são a Municipalização das ações e a Participação da Comunidade (no chamado "controle social").

O Município passa de excluído à condição de protagonista na execução das ações de Vigilância Sanitária, o que é uma inversão completa, em relação ao sistema anterior. Tal competência é atribuída diretamente à sua autonomia, pela lei geral, de tal sorte que hoje, nos convênios de municipalização é o Município quem delega ao Estado-Membro as funções que não pretende executar e não o contrário. Por quê? Porque a execução de ações de Vigilância Sanitária pela União ou pelo Estado constitui a exceção e não a regra.

Com efeito, a União limita-se, unicamente, a executar a fiscalização de portos, aeroportos e fronteiras; e o Estado possui uma competência meramente supletiva: a menos que lhe seja delegada a função, mediante convênio, ele só intervém para executar ações de Vigilância Sanitária se a equipe municipal estiver falhando ou se omitindo. E assim mesmo, como se verificou no estudo de caso apresentado nesta Tese, os Municípios colocam dispositivos nas suas leis sanitárias no sentido de que os atos de fiscalização da equipe estadual somente serão válidos se tiver havido autorização ou ratificação dos mesmos pela autoridade municipal competente⁷.

A competência do Município abrange também a parte de licenciamento, controle e expedição de alvarás para estabelecimentos e serviços, com direito ao recolhimento das taxas respectivas ao seu Fundo Municipal de Saúde.

Já a competência de legislar, em matéria de Vigilância Sanitária, é concorrente entre União e Estados. A União estabelece as normas gerais e o

⁷A menos que se trate de intervenção do Estado no Município, nos termos do art. 35 da Constituição Federal.

Estado detalha e/ou supre a legislação federal. Mas o Município, na sua autonomia e na sua esfera de atuação, não está impedido de baixar as normas de âmbito local que se fizerem necessárias. Tanto que, na fase de transição e implantação do SUS, os Municípios têm baixado seus códigos sanitários, suprimindo a omissão das outras esferas quanto à definição das normas específicas, a respeito.

No tocante às atividades de análise, registro, liberação, controle e avaliação de medicamentos, drogas, alimentos, cosméticos e saneantes domissanitários, a atual legislação é ambígua, conforme se pôde verificar; mas a tendência é a sua descentralização para os Estados e Municípios de grande porte, juntamente com a implantação de um sistema global de informação, à disposição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária⁸.

Em termos de conteúdo, a Vigilância Sanitária do SUS continua com o mesmo espectro de abrangência do sistema anterior, com o acréscimo das ações de Saúde do Trabalhador, antes da alçada do Ministério do Trabalho. Este fato obriga a um esforço especial, pois implica em novas especificidades, desde a parte legislativa até a organizacional e funcional (treinamento de equipes especializadas).

No que respeita ao planejamento das ações, da mesma forma, a utilização da epidemiologia como parâmetro para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática, implica numa diretriz de racionalidade completamente inovadora, em relação ao sistema anterior. As ações de Vigilância Sanitária devem atuar a partir de um diagnóstico seguro da realidade alvo, o que demanda um grande esforço multidisciplinar e interinstitucional.

Neste particular, ainda, a condição de subsistema do SUS incorpora a Vigilância Sanitária às normas e procedimentos dos planos de saúde, local,

⁸V. ROSAS, Eric Jenner. A vigilância sanitária em crise: um depoimento. *Saúde em Debate*. Londrina, n. 45, p. 59-64, dez. 1994.

regional, estadual e nacional, o que representa planejamento e controle das ações, em todos esses níveis, e a perspectiva de romper com a improvisação e o empirismo do sistema anterior.

Por outro lado, as novas funções constitucionais do Ministério Público, os instrumentos legais da Ação Civil Pública (Lei 7.347, de 24 de julho de 1985) e as inovações do Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990) engajam a Vigilância Sanitária numa perspectiva mais ampla de atuação articulada em defesa da Saúde da população.

Finalmente, o outro ponto de destaque nas inovações da Vigilância Sanitária é a Participação da Comunidade, no que diz respeito à prática, à própria execução das ações. É o componente de democratização do sistema, e que envolve, em consequência, a dimensão política do estudo que se realiza na presente Tese.

A participação deve realizar-se em todos os níveis das ações, desde a elaboração dos projetos de leis, da formulação das políticas, da definição do planejamento com suas metas e planos de saúde, até o campo da própria atividade fiscalizadora e seu controle. A legislação em vigor, entretanto, ainda não define os instrumentos e "as regras do jogo" dessa participação. Limita-se a criar, nas três esferas de governo, os Conselhos e as Conferências de Saúde, e para por aí.

Existe um longo caminho a percorrer, ainda, na construção do novo sistema, portanto. Por isso é oportuno ter em vista, em face das definições que se avizinham, algumas questões de ordem política muito importantes. A primeira delas é a questão do Estado.

5.2 - A questão do Estado

No primeiro capítulo da presente Tese, procurou-se descrever o Estado em seus contornos e dimensões mais importantes, pois que a Vigilância Sanitária é uma atividade do aparelho estatal. Os elementos ali reunidos permitem, agora, a discussão de alguns pontos que se reputam principais neste estudo.

5.2.1 - Noção de Estado

Partir de uma visão positiva do Estado (Contemporâneo), ou seja, de que ele tem uma finalidade específica, fixada na Lei Maior, em favor do Bem Comum, não significa ignorar as fissuras e contradições que se cristalizam no seio do aparelho estatal; nem a sua condição de Estado-relacional, que tende sempre a se inclinar para os interesses hegemônicos do sistema produtivo.

Ora, o Bem Comum não será nunca uma dádiva, nem resultado futuro de um governo "certo", que se escolha um dia. Ele será moldado, e sempre remoldado, é na forja dos instrumentos políticos, dos movimentos sociais, ou seja, no espaço democrático.

Como diz NOVAES⁹, com muita propriedade, "não existem formas de intervenção sobre a realidade que sejam capazes de deixar todos felizes, todo o tempo". Em cada momento histórico cada povo terá no horizonte de interesses o seu espectro de decisões. "Sendo assim", continua a articulista carioca, "as prioridades para um país serão sempre soluções de compromisso assentados **sobre o conflito**", soluções "cuja principal função é se constituírem em marcas a serem superadas".

⁹NOVAES, H. Maria Dutilh. Desenvolvimento científico e tecnológico em saúde: ciência e tecnologia, política, economia e saúde. Uma perspectiva internacional. *Saúde em Debate*. Londrina, n. 46, p. 34-43, mar. 1995.

Esta convicção de que o Bem Comum é obra a ser conquistada pelos atores sociais interessados, e que não será nunca uma coisa definitiva e acabada, é expressada por POULANTZAS¹⁰ com estas palavras: "Numerosos estudos recentes mostram que as famosas funções sociais do Estado dependem diretamente, simultaneamente em sua existência e nos seus ritmos e modalidades, da intensidade da mobilização popular: ora efeitos das lutas, ora tentativa de desativamento antecipado dessas lutas por parte do Estado".

Enfim, três considerações, de ordem complementar, devem ficar claras, a respeito da noção de Estado, antes de aprofundar a discussão:

a) O Estado Contemporâneo é na sua essência, e em face do próprio modo de produção capitalista, um Estado democrático - o que não significa dizer que o jogo da democracia burguesa seja sempre ou usualmente limpo;

b) O Estado não é simples instrumento, nas mãos das classes dominantes, - o que não significa dizer que não reproduza tais interesses, e sim que o fará na medida, quantidade e qualidade em que o permitirem as lutas contra-hegemônicas;

c) O grande compromisso do Estado é a reprodução do sistema produtivo em que se insere, - o que significa dizer, aí sim, que ele se transforma na medida em que ascendem e decrescem as hegemonias. Por outras palavras: a contra-hegemonia jamais terá o mesmo tipo de Estado no dia em que for hegemônica¹¹. O Estado Romano da gentilidade não poderia ser o mesmo Estado fora das suas condições materiais específicas, ou seja, com plebeus, clientes e cristianismo assumindo *os privilégios econômicos*.

Assim, a primeira questão que se apresenta, nesse processo de mudança em que se insere o SUS, é esta: por que o Estado está mudando? Por que se faz necessária uma nova Vigilância Sanitária?

¹⁰POULANTZAS, Nicos. *O estado, o poder, o socialismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1981, p. 213.

¹¹A menos que fosse idêntica a ela, o que não é o caso.

5.2.2 - A transformação do Estado

Em Weber, diz GOZZI¹², todo poder necessita do aparelho administrativo para executar suas determinações; o que legitima o poder é uma motivação racional-legal (de caráter impessoal, sob hierarquia e partição de competência); "ou seja, posse por parte dos funcionários de um *saber especializado*". Uma fé na legitimidade que se resolve na fé na legalidade.

Esse paradigma, a que se amoldava tão bem, ao que parece, o modelo de Vigilância Sanitária anterior ao Sistema Único de Saúde, dá mostras de falência. O que estaria acontecendo, segundo os autores consultados na presente Tese?

Uma das explicações é colocada no aumento da complexidade do processo de produção. A acumulação, e em especial do capital monopolista hegemônico, é o principal fator nesse fenômeno de desestabilização e desequilíbrio do Estado. O estágio atual de desenvolvimento das relações de produção, de tecnologias e investimentos infra-estruturais cada mais sofisticados, obrigam o Estado a decidir-se por determinadas prioridades. Nessas opções, o Estado privilegia setores monopolistas do sistema, e tende a deixar sem solução ou atendimento adequado, os reais problemas da Sociedade Civil, que é na verdade quem paga a conta.

Pressionado pelo desenvolvimento econômico, que privilegia, de um lado, e pela questão social não resolvida, pelo outro, o Estado tende a aumentar cada vez mais as suas despesas públicas; ora, a pressão dessa demanda leva à crise fiscal, em face da própria expansão das atividades. O passo seguinte é a crise política, originada numa crise de legitimidade.

¹²GOZZI, Gustavo. Estado contemporâneo. In: BOBBIO, Norberto et al. *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 1991. p. 403.

Pari passu, a Lei universal e abstrata, formalmente aprovada pelo Parlamento, a que se reportava Max Weber, já não pode se referir, já não acompanha um contexto econômico e social tão dinâmico e tão profundamente não homogêneo. A questão da legitimidade, então, se desloca ao plano dos processos administrativos: processos que tendem a surgir já adaptados, na sua racionalidade ou funcionalidade, a interesses muito claros, que vão emergindo "num aparelho produtivo amplamente diversificado"¹³.

A tendência? Parece muito clara: a questão política desloca-se para um novo lugar, na busca da reorganização. É no plano da extensão das políticas tendentes a assegurar o equilíbrio dos interesses emergentes, acrescenta GOZZI¹⁴, que se dá a crescente integração de Estado e Sociedade Civil - **transformando historicamente o político** e seu nível de adequação "à nova complexidade da sociedade civil"¹⁵.

5.2.3 - A crise da planificação política

VERA GRILLO¹⁶ chama atenção para o fato de que a hipertrofia do Poder Executivo "não se estabelece quando encontra resistências da sociedade como um todo, ou dos outros poderes", o que pressupõe articulação política muito intensa.

A agregação de funções econômicas ao tradicional aparelho político-representativo do Estado é uma tendência e não produz, apenas, o efeito de

¹³Idem, p. 405. A propósito, POULANTZAS, N. Op. cit. p. 284: "A administração-burocracia de Estado polariza pois as demandas de legitimação que ele cada vez menos pode resolver. Os *deficits* de legitimação no âmbito das massas populares contribuem para as mudanças políticas que o afetam".

¹⁴Idem. Grifos acrescentados.

¹⁵POULANTZAS, N. Op. cit., p. 256: "A administração tornou-se há muito tempo o elo central de elaboração do instável equilíbrio de compromissos no seio do bloco no poder, entre este e as massas populares".

¹⁶GRILLO, Vera. Reflexões sobre a teoria da separação dos poderes e a hegemonia do poder executivo. *Seqüência*. Florianópolis, n. 24, p. 25-35, set. 1992.

colocar em crise os princípios do Estado legislativo de Direito¹⁷. "A economicização e a socialização do Estado acabam na privatização do seu aparelho ou administração, expressa na forma de uma crescente autonomia em relação ao poder do Parlamento e na subordinação a grupos específicos de interesse"¹⁸.

No momento em que o Estado passa a intervir no econômico e no social, portanto, ele paradoxalmente se "privatiza" em favor de setores industriais ou dos diversos capitais, que se "apoderam" do aparelho burocrático "e tornam impossível qualquer forma de planificação política"¹⁹.

É o pensamento de Hirsch, complementado por Scharpf²⁰. Hirsch: verifica-se certa apropriação de funções públicas por determinados setores industriais, com possibilidade de unificação de alguns níveis organizacionais da burocracia de Estado e da grande indústria privada e se resolve com a tradução dos conflitos entre os diversos setores econômicos da Administração.

E Sharpf: assim, em face do conflito instalado no Estado, não é possível uma planificação de toda a estrutura produtiva; a única prática administrativa viável, no que toca às decisões, consiste numa *coordenação negativa*: excluir algumas decisões. Vale dizer, o Estado decide muita coisa não decidindo...²¹

Por quê? Porque se esboça uma contradição entre as decisões tomadas por projetos (de um setor produtivo) e a sociedade global (que não pode ser separada). O resultado é "uma multiplicidade de pólos decisórios administrativos, mas sem um centro unificante", que possa abranger o todo²².

¹⁷Esses princípios seriam os princípios tradicionais como o da supremacia do Poder Legislativo, o da legalidade e o do controle da legitimidade, expressa na legalidade, pelo Poder Judiciário.

¹⁸GOZZI, G. Op. cit., p. 406.

¹⁹Idem. Não se conclua que o Estado não atuou sempre em benefício de blocos privados. A ênfase é para o novo contexto.

²⁰Ambos citados por GOZZI, G. Loc. cit.

²¹"Ou seja", diz POULANTZAS, "um certo grau de ausência sistemática de ação do Estado, [não-decisões] que não são um dado conjuntural, porém, estão inseridas em sua estrutura contraditória e constituem uma das resultantes dessas contradições." Essas não-decisões "são igualmente necessárias à unidade e à organização do bloco no poder assim como às medidas positivas que ele toma". Op. cit., p. 154.

²²GOZZI, G. Idem, p. 406.

Em tais condições, o próprio procedimento administrativo também não resolve o problema da legitimidade, acrescenta GOZZI²³, com apoio em Luhman, pois "é cada vez menos o que leva a efeito as diretrizes políticas". A política decide a modalidade das decisões administrativas, mas não determina os seus conteúdos; e o mais das vezes, intervém no complexo social segundo critérios de "oportunidade". É cada vez mais freqüente a presença de "blocos ou fontes de poder já impossíveis de controlar", impondo uma nova forma de coexistência: um tipo de *politicismo localista*, baseado na especificidade de determinados *minissistemas*"²⁴.

É nessa tendência de afirmação de "núcleos descentralizados", que surge o SUS. A Saúde é um minissistema, com a sua especificidade, seu núcleo hegemônico (fora do Estado), logrando, paulatinamente, a sua institucionalização (na estrutura do Estado).

Na verdade, a crise de legitimação do Estado Brasileiro, frente ou no que diz respeito à área da assistência à Saúde e Previdência Social, apresentou duas alternativas de solução: uma neoliberal, preconizando a completa desvinculação do Estado pela privatização desses setores; e outra que é nada mais nada menos do que a proposta do movimento da chamada Reforma Sanitária, do qual se originaria o SUS.

5.3 - A questão do SUS e da Reforma Sanitária

Pelo que ficou exposto até aqui, não é de se estranhar que as reformas sociais surjam e se polarizem no seio do Estado, em ramos específicos ou a partir de seu pessoal técnico.

O pessoal do Estado vivencia de uma forma privilegiada as crises do Estado, e procura responder, sob a liderança de seus expoentes intelectuais

²³Idem, p. 408.

²⁴ Idem.

(orgânicos no sentido gramsciano), nos termos da ideologia que lhe é inculcada, segundo POULANTZAS²⁵, ou seja: a ideologia "do Estado neutro, representante da vontade e do interesse gerais, árbitro entre as classes em luta: a administração ou a justiça acima das classes"...

Os setores progressistas do pessoal do Estado, portanto, pugnaram por uma reforma nos moldes do Sistema Único de Saúde, como alternativa ao projeto neoliberal, visto como insensível e incompatível com a realidade social e econômica do País.

Todavia, se o movimento teve o respeitável significado que teve e tem, alguns autores chamam atenção para este aspecto, exatamente, de ser um movimento de técnicos da área da saúde, pois neste fato reside, em grande parte, a explicação para as disfunções e dificuldades de implantação do SUS.

Baseado em considerável bibliografia, COSTA²⁶, por exemplo, em artigo recente, observa o fenômeno brasileiro da "centralização da mudança" no Estado. O Plano Cruzado, na década de 80, é um caso típico para ilustrar esse tipo de reforma "pelo alto", i.é, "mudanças ou arranjos distributivos sem que atores fundamentais sejam convocados a dramatizar sobre a agenda de ganhos e perdas, como a experiência histórica sugere"²⁷.

Destaca, o citado articulista, o papel ambíguo do movimento sindical nesse processo, que "evidencia empiricamente um padrão de demanda pulverizado e insulado, cuja expressão caricata é o chamado *sindicalismo de resultados*"...²⁸

²⁵POULANTZAS, N. Op. cit., p. 179.

²⁶COSTA, Nilson do Rosário. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. *Saúde e Debate*. Londrina, n. 45, p. 23-29, dez. 1994.

²⁷É a "via prussiana" a que se refere COUTINHO, Carlos Nelson. *A democracia como valor universal: e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984. p. 37. "As transformações políticas e a modernização econômico-social no Brasil foram sempre efetuadas no quadro de uma *via prussiana*, ou seja, através da conciliação entre frações das classes dominantes, de medidas aplicadas de cima para baixo"...

²⁸COSTA, Op. cit., p. 29.

CAMPOS²⁹ demonstra sensibilidade ao se posicionar de uma forma mais dura em relação ao movimento da Reforma Sanitária brasileira, argumentando que ela também surgiu no seio da burocracia governamental e das universidades: "ao contrário de outros países capitalistas, que realizaram reformas na saúde, e nos quais os intelectuais progressistas tiveram que se compor com o movimento sindical dos trabalhadores ou com os partidos apoiados nessa classe, aqui o principal agente das transformações teria sido o *partido sanitário* encastelado no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas".

E continua: "Ou seja, a própria eleição dos instrumentos para implementação das políticas, em larga medida, já diz de seus limites *transformistas* (no sentido gramsciano, de reforço do bloco politicamente dominante) e da renúncia *a priori*, de trabalhar junto à sociedade, pela construção de uma nova hegemonia, de um novo bloco político, capaz de dar concretude, apesar dos constrangimentos impostos pela realidade brasileira, a um projeto de socialismo"³⁰.

Ora, acrescenta-se apenas, o problema não reside tanto no fato de ser estatal o ponto de partida da Reforma, mas na ausência dos segmentos sociais mais interessados nela; todavia, isto não lhe diminui a importância, pois o movimento da Reforma Sanitária teve o mérito de colocar em discussão uma política redistributiva, e até, mais tarde, por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, de conseguir uma adesão considerável da Sociedade Civil, se comparada aos eventos de igual natureza, anteriores.

Destacam-se em CAMPOS³¹ outros dois pontos:

Em primeiro lugar, quando afirma que "a política de saúde" elaborada pelo movimento do *partido sanitário*, possui diferentes perspectivas, que

²⁹CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A reforma sanitária necessária. In: BERLINGUER, Giovanni. *Reforma sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1988. p. 182.

³⁰Idem, loc. cit.

³¹Idem, p. 183

podem corresponder, potencialmente, aos interesses de diversos blocos sociais ao mesmo tempo e que poderia ser apropriada "por diferentes forças, conforme seu conteúdo realmente se identifique com certos interesses, segundo a capacidade de iniciativa e amadurecimento político desses agentes coletivos".

Aliás, é o que se pode comprovar pela análise dos anais do VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, de 1989, já citado e examinado linhas atrás³². Ao discutir o Projeto da Lei Orgânica da Saúde, os diversos segmentos, ali representados, mantinham um certo consenso nas linhas básicas do Plano, não havendo ou não aflorando, de maneira mais visível pelo menos, as grandes diferenças de interesses e as radicais contradições que poderiam ser problematizadas.

Em segundo lugar, não se pode negar razão a CAMPOS quando se comprovam, mais de meia década depois, as dificuldades do SUS, notadamente em relação à descentralização e à participação popular. Ocorre que o SUS nasceu no âmbito do Estado e ali permanece, a despeito de tudo.

Apenas a título de ilustração, em julho de 1994, o Grupo Interministerial (SEPLAN, MF-SRF, MF-STN, IPEA, SAS, e PGR)³³ designado para tratar da racionalização dos gastos com saúde e melhoria do atendimento à população, diagnosticava em seu relatório final: "...a combinação nefasta do pior da centralização e da descentralização é, indubitavelmente, nossa. Desmantelou-se todo - ou quase todo - o aparato anterior, e temos tido dificuldades em implantar um novo modelo. A descentralização inacabada, tanto quanto a centralização insepulta, postergam a constituição de um melhor controle público na área de saúde". Precariedade de controle, recursos parcos e

³² ANAIS DO SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 6, 1989, Brasília. *Anais...* Brasília: Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social, 1989.

³³ V. CONCLUSÕES DO GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL PARA RACIONALIZAÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE E MELHORIA DO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO. Relatório final. *Saúde em Debate*. Londrina, n. 43, p. 85-88, jun. 1994.

mal empregados, fraude, vácuo de planejamento, mazelas administrativas e funcionais, enfim, um conjunto extenso de causas são elencadas, pelos próprios agentes estatais, como obstaculizantes ao funcionamento do SUS e ao melhor atendimento da população. As recomendações são: estudos a uma futura "revisão constitucional" pelos técnicos do MF e SEPLAN para repasse direto aos Estados e Municípios dos recursos que lhes cabem; medidas de controle, como auditorias e outros mecanismos administrativos; realização de experiência piloto para substituição "ao atual sistema de compra de serviços". Vale dizer, medidas político-burocráticas que pouco ou quase nada lembram um sistema democrático, com participação popular, como seria de se esperar ante os termos da Constituição e da LOS.

É de se perguntar, então, em face dessa realidade (Estado em crise e SUS como resultado de uma reforma que não partiu da massa da população, mas de uma elite intelectual ligada ao Estado) como ficam as questões da Descentralização e da Participação da Comunidade nas ações de Vigilância Sanitária?

5.4 - A questão da descentralização

5.4.1 - Aspecto conceitual: o que entender por descentralização

A descentralização é antes de tudo uma estratégia de racionalização das decisões e dos recursos. Opera-se mediante uma efetiva (re)distribuição do poder para as esferas inferiores (ou locais) da estrutura, dando-lhes autonomia e recursos, ao mesmo tempo em que se traça uma redefinição das competências e atribuições do nível central.

Na área da Saúde, destaca SUELI GANDOLFI DALLARI³⁴, a questão centralização *versus* autonomia das coletividades locais se instala desde a Constituinte francesa de 1791, juntamente com a ideologia democrática, afirmada a partir do triunfo das Revoluções Burguesas. Descentralização e Democracia, portanto, são conceitos muito próximos, para não dizer interdependentes.

Na contemporaneidade, continua a citada autora³⁵, "o espetacular desenvolvimento da técnica exige concentração de recursos, com seu corolário inafastável - acúmulo de poder em poucos órgãos do corpo social", que por sua vez "reage movido pela crença no ideal democrático".

Sob o ponto de vista preponderante da racionalidade administrativa, existem dois termos importantes nesse contexto, que são "desconcentração" e "descentralização"; no plano político, o conceito chave é "municipalização".

Em Congresso Internacional de Ciências Administrativas³⁶, definiu-se *desconcentração* como "a transferência de poderes a autoridades subordinadas, sejam escritórios, indivíduos ou organismos especializados"; não há perda do poder central. E por *descentralização* entendeu-se "a transferência de poderes a autoridades eleitas localmente"; há um efetivo deslocamento do poder central para os planos locais.

Portanto, uma coisa é tratar de descentralização no interior de uma empresa ou organização, ainda que pública e outra coisa quando o processo envolve as próprias esferas de governo, ou seja, o plano político. Neste último caso, forçosamente, deve-se acrescentar alguma coisa mais.

É o caso brasileiro e do SUS, cuja Descentralização e cuja Municipalização ocorrem no contexto federativo. *Municipalização* é a descentralização que se dá numa Federação como a Brasileira, em que o

³⁴DALLARI, Sueli Gandolfi. Descentralização versus municipalização. *Saúde em Debate*. Londrina, n. 35, p. 39-42, jul. 1992.

³⁵Idem, p. 39.

³⁶Idem.

Município ocupa a posição de Unidade, com as mesmas prerrogativas de autonomia que os Estados-Membros e a própria União.

Quando se trata do Município, lembra JACOBI³⁷, a descentralização não representa só opção político-administrativa, mas também um processo de mudança qualitativa no plano territorial e "novas regras de convivência entre as instâncias de poder e a população em geral".

Vale dizer, a Descentralização, neste plano, além dos aspectos administrativos e sua racionalidade, que lhe são intrínsecos, desencadeia-se num espaço de problematização muito mais amplo, por abranger ou se revestir dos próprios canais da estrutura política do Estado. A Municipalização importa em novos mecanismos de participação popular, ampliando a democratização do Estado, na base local, para onde são deslocadas as contradições, antes burocratizadas e impessoalizadas nos órgãos centrais do Governo e da Administração Pública.

Em outras palavras, Descentralização, nos moldes de Municipalização que se verifica no SUS, traz consigo, necessariamente, o complemento político da Participação e da democracia direta, com todo o quadro de ampliação de direitos e de criação de novos métodos de gestão pública daí decorrentes. Novos sujeitos, novos métodos, nova maneira de pensar e resolver os problemas sociais, a partir da autonomia constitucional da Unidade Federada que é o Município.

Este plano, entretanto, da Descentralização em sua feição de Municipalização, não pode nem deve ser separado da questão do Estado e sua crise de legitimidade.

³⁷JACOBI, Pedro. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. In: CONFERÊNCIA NACIONAL de SAÚDE, 9, Brasília, 1992. Cadernos... Brasília: Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, 1992. v.1. p. 113.

5.4.2 - A questão de fundo em matéria de Descentralização e Municipalização

Pelo exposto até aqui, quem examinar o problema da assistência à Saúde sob o prisma da racionalidade administrativa, especificamente, poderá comprovar que a estrutura burocratizada e centralizada na União Federal tende a desmoronar como um bloco de gelo em final de estação; mas o mal que a devora, ou melhor dizendo, o processo que a desestabiliza e transforma não é, ao que parece, a desigualdade e a injustiça sociais.

A raiz do problema está na questão do Estado e nas razões da sua crise contemporânea, conforme já enfocado. A Descentralização, que se opõe agora à centralização, abre a perspectiva de rearranjo político-administrativo e social, mas não por força de "conquistas do povo", e sim, ou muito mais, por imposição dos mesmos fatores de ordem econômica que desestabilizam o Estado e lhe suscitam a crise de legitimidade e a crise política.

Descentralizar e municipalizar é necessidade que se impõe muito mais como efeito, como parte componente indispensável de um fenômeno mais amplo e muito mais complexo: a Municipalização parece surgir como alternativa para uma realidade que exige a criação de novos instrumentos político-administrativos, para fazer frente a problemas que a burocracia centralizada e centralizadora já não teria condições de resolver. Mas não significa, por si só, a conquista do Direito à Saúde ou atendimento integral de toda a população. A Municipalização é um novo contexto de luta.

De fato, no processo de criação, implantação e instrumentalização do SUS, o cidadão brasileiro, os movimentos sociais e os sujeitos coletivos estão, figuradamente falando, na mesma condição do povo de Deus no episódio bíblico: de obrigar-se a construir com uma mão e ao mesmo tempo lutar com a outra.

Ora, por que descentralizar? Ocorre, diz JACOBI³⁸, que a centralização, a partir de um certo momento, vem-se tornando cada vez mais ineficiente "do ponto de vista econômico global". Estado centralizado é fator negativo até mesmo no aspecto funcional, por ineficiência das políticas setoriais e dos serviços públicos, o que acumula desgaste e insatisfação. Mais que isto, a centralização conduz à "burocratização da política"³⁹, que por sua vez facilita a ação de grupos de pressão e seus interesses, oferecendo campo fértil à corrupção e ao clientelismo. Esses interesses, incrustados na máquina estatal, acabam por emperrá-la, inclusive para os próprios interesses hegemônicos emergentes.

Ao mesmo tempo, a desqualificação política da população, plasmada no reverso da medalha, de um ponto em diante ajuda a distanciar a adequação desse Estado (centralizado e centralizador) como agente capaz de viabilizar e promover as reformas sociais indispensáveis.

Reformas que se deparam com alternativas diferentes e contraditórias, ante os interesses e o viés ideológico de cada proposta.

5.4.3 - Espectro ideológico da descentralização

Segundo JACOBI⁴⁰, ainda, a descentralização, como resposta a um processo histórico de centralização esgotado pela ineficiência, a par de ser fundamental à democracia e ao processo de democratização do Estado, interessa também, e muito, a setores descompromissados com as lutas populares.

Aponta dois pensamentos opostos.

³⁸JACOBI, P. Op. cit. p. 113-120.

³⁹Idem.

⁴⁰JACOBI, P. Op. cit., p. 113. Destaca o mesmo autor, e não é por acaso, que o tema da descentralização do Estado e o novo papel dos governos municipais na relação com os cidadãos, é questão muito pesquisada e polemizada na Europa (a partir da década de 70), e agora (meados da década de 80 em diante) também na América Latina.

De um lado, a visão privatista e desreguladora advogada pela política neoliberal dos governos Pinochet (fortalecimento de um poder centralizado), Thatcher (reprivatizações de alguns setores da economia) e Reagan, que têm uma concepção que "diminui os recursos e as competências dos poderes locais, assim como os meios e a autonomia de funcionamento dos organismos responsáveis pelos serviços sociais"⁴¹.

De outro lado, "no caso da concepção de esquerda, a descentralização político-administrativa é assumida como um meio adequado para promover a socialização das classes populares assim como promover transformações sócio-econômicas que têm no caso francês, a partir da decretação em 1982 da *lei de descentralização*, um paradigma que se contrapõe a uma noção neoliberal de descentralização do Estado"⁴².

Qual é o modelo de descentralização do SUS?

Os autores consultados e os estudos realizados na presente Tese autorizam perceber o SUS como um estágio avançado de um processo hegemônico que se institucionaliza no Estado e já dispensa o antigo modelo burocrático de administração e controle estatais.

O modelo neoliberal não prevalece, em grande parte porque, como destaca MERTHY⁴³, o setor privado de serviços de saúde, no Brasil, "é

⁴¹Idem. É a retórica recorrente do século XVII, a serviço do individualismo e sustentada no argumento de que os direitos sociais obstruem a modernidade - modernidade que é entendida como irrestrita liberdade dos negócios. "A sua lógica é a da necessidade de o mercado global funcionar bem, e, como afirmam pensadores neoliberais, a competitividade torna incompatíveis crescimento produtivo e direitos sociais". SOUSA, Fernando Ponte de. O fascínio do liberalismo. *Boletim Apufsc*. Florianópolis, 12 a 16 junho 1995. p.4.

⁴²JACOBI, P. Idem. A reforma francesa, informa JACOBI, definiu os direitos e liberdades dos municípios, departamentos e regiões, modificando o poder executivo local, com vistas à adequação e redistribuição dos recursos públicos. As autoridades locais foram responsabilizadas por novas atribuições, mediante a "proteção política" do Estado central, cujos agentes foram desafogados, na medida do possível, da antiga burocracia. "Entre 1982 e 1986 a estrutura territorial do Estado foi reorganizada possibilitando maior poder, maior autonomia nos processos decisórios, no controle de recursos e mais competência às municipalidades, departamentos e regiões". A reforma ocorreu dentro de um contexto mais abrangente de mudança social e global, embora a crítica de se ter limitado a uma redistribuição do poder entre níveis estatais, "sem que necessariamente ocorresse uma democratização das instituições locais" (p. 114).

⁴³MERTHY, Emerson Elias. Ineficiência do setor público. Londrina, *Saúde em Debate*. n. 35, p. 46-50, jul. 1992.

dependente do setor público", em face do baixo poder aquisitivo do povo em geral, "o que limita a possibilidade de se bancar um setor empresarial privado independente de um fundo estatal".

É bem verdade que não se trata de um processo tranqüilo e sem resistências, pois que não existe hegemonia sem contradições e lutas contra-hegemônicas. A julgar pelo que expuseram os autores consultados, pode-se afirmar que a **desestatização** só é possível em tese, perante a hegemonia no sentido gramsciano (por uma classe nacional); a **Descentralização**, por sua vez, seria um fenômeno que estaria ocorrendo no contexto mais restrito, de hegemonia de um microssistema do sistema produtivo.

Vale dizer, o SUS está inserido na segunda hipótese: em face de um determinado modo de "construir" a saúde e a doença, juntam-se: a liderança de setores industriais de ponta e alta tecnologia (transnacionais e em alguns casos, nacionais); mercado atrelado pela via da institucionalização no aparelho estatal (nas três esferas de governo); saberes e práticas perfeitamente articulados à reprodução do sistema (ensino médico-sanitário e exercício profissional correspondentes); e avanço delineado na direção de se instaurar esse microssistema no próprio espaço de reprodução política da Sociedade Civil (a Participação da Comunidade).

Assim, da mesma maneira que cada esfera de governo tem a sua autonomia política, o microssistema também constrói a sua autonomia perante o restante da Sociedade Civil, opondo-se como bloco, sem prejuízo ou a despeito de suas contradições internas, contra os outros interesses que disputam o mesmo espaço político e os mesmos recursos públicos. Um reflexo claro disto é a investida que faz, atualmente, o setor da Saúde, liderado pelo Ministro Adib Jatene, para criar um imposto exclusivo para o SUS, penalizando todas as operações financeiras de determinada natureza.

Ora, com medidas deste jaez, no sentido da "emancipação" financeira do setor, parece claro que: a hegemonia estabelecida no sistema produtivo se afirma cada vez mais; o segmento governamental envolvido consegue legitimar-se; o processo de politização das massas amplia-se (domesticado, sem ameaçar o sistema); os instrumentos da burocracia estatal reorganizam-se; e o todo eleva-se a um plano superior de complexidade e novas contradições.

Não se quer dizer com isto, é evidente, que o SUS não seja uma coisa boa e positiva. Muito ao contrário. A crítica que se faz não tem outro objetivo que não contribuir para a sua verdadeira implementação, em benefício da maioria da população brasileira, coisa que só será possível mediante avaliações e decisões politicamente acertadas.

E o subsistema da Vigilância Sanitária, como fica perante a questão da Descentralização?

5.4.4 - A Vigilância Sanitária e a Descentralização

VIANNA⁴⁴ posiciona-se corretamente ao defender que a Municipalização não deve ser o termo final da Descentralização.

A área da Vigilância Sanitária é também um dos setores importantes de desdobramento de etapas e de avanço da reforma imposta pelo SUS, na via da Descentralização e da Democratização.

As dificuldades, entretanto, são particularmente maiores.

Em 1994, meia década depois da LOS, o próprio Governo Federal reconhecia, como se viu linhas atrás, os entraves do SUS⁴⁵, destacando expressamente a Vigilância Sanitária como uma das áreas que ainda

⁴⁴VIANNA, Solon Magalhães. A descentralização tutelada. *Saúde em Debate*. Londrina, n. 35, p. 35-38, jul. 1992. Entende o articulista que a descentralização deve estender-se aos distritos sanitários e aos centros de saúde, com a constituição, junto deles, dos respectivos Conselhos, para a participação e o controle social.

⁴⁵CONCLUSÕES DO GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL PARA RACIONALIZAÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE E MELHORIA DO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO. Op. cit.

permanecem com "significativas atividades executivas" nas mãos do Ministério da Saúde.

ROSAS⁴⁶ denuncia os equívocos da centralização da análise, registros e liberações de produtos na Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, área esta, crítica e crucial, que continua "necessitando de uma reformulação profunda". E sugere:

"As funções centrais de Vigilância Sanitária, a nível federal, deverão ser essencialmente normativas, de apoio técnico aos níveis regionais e locais, de aprofundamento de estudos e pesquisas dos temas e questões novas, de estruturação de um amplo sistema de informação em Vigilância Sanitária, inclusive com um cadastro completo, se possível, dos produtos produzidos, registrados nos Estados e comercializados no país"⁴⁷.

Por outro lado, verifica-se que embora seja da alçada legislativa da União, com poder supletivo dos Estados, não foram baixadas as normas gerais específicas que devem orientar a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Os Municípios foram abandonados à sua própria sorte, na fase de transição, sendo obrigados, conforme se constatou pelo estudo de caso, a elaborar os seus códigos de saúde à base da legislação anterior. Não se tendo cogitado, nas esferas mais altas, da construção do novo modelo, o que os Municípios estão fazendo significa não a construção da Vigilância Sanitária do SUS, mas a reprodução do sistema anterior, no nível local.

Todavia, mesmo esse tipo de municipalização, limitado e restrito, esbarra em dificuldades de diversas ordens:

- a) permanência das atividades de execução nas equipes federais e estaduais, seja por questão de manutenção do poder, seja por dificuldade em redefinir as novas funções de tais esferas⁴⁸;

⁴⁶ROSAS, E.J. Op. cit.

⁴⁷Idem.

⁴⁸V. CARVALHO, Gilson. A implantação do Sistema Único de Saúde: nós críticos a nível estadual. *Saúde em Debate*. Londrina, n. 45, p. 4-8, dez. 1994.

- b) dificuldade do Município em criar estrutura organizacional específica na sua Administração, além da carência de recursos humanos⁴⁹;
- c) impossibilidade da maioria dos Municípios de assumir a totalidade das ações, o que obriga a definições caso a caso e dificulta a uniformização de normas procedimentais de caráter geral;
- d) indefinição do próprio modelo de Vigilância Sanitária do SUS, cujos instrumentos de atuação ainda não foram criados (mormente no que tange à utilização da Epidemiologia e da Participação da Comunidade).

Nos documentos oficiais estudados, em especial aqueles relativos a Santa Catarina e o Município de Florianópolis, não se identificou nem percebeu uma perspectiva concreta no caminho de uma Municipalização adequada ou afinada com os princípios e diretrizes da LOS. Não é uma tarefa fácil, realmente, pois exige amadurecimento de mentalidades, trabalho interdisciplinar, presença da Sociedade e uma ampla reforma administrativa do setor, especificamente.

Como diz COSTA⁵⁰, não é possível atuar no SUS com a estrutura organizacional anterior; é necessário uma reforma administrativa e uma reorganização das esferas governamentais para os novos papéis.

De fato, quem antes executava as ações, agora não é mais executor, mas muito mais coordenador, assessor, questionador, debatedor, o que requisita um novo perfil profissional. Quem antes era excluído das ações, agora tem que executá-las, criando e capacitando equipes. Aqueles que antes não tinham muito contato e compromisso entre si, por pertencerem a diferentes esferas governamentais, agora são parceiros, que devem manter entendimento, negociação e mútuo respeito, em face de funções diferentes e objetivos iguais.

⁴⁹V. INOJOSA, Rosa Marie. A municipalização nos sistemas unificados e descentralizados de saúde (SUDS). *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, n. 4, p. 26-45, ago./out. 1990.

⁵⁰Op. cit.

5.4.5 - As transformações da Ordem Jurídica e a Vigilância Sanitária

A instituição do SUS e a descentralização da Vigilância Sanitária ocorrem, ao demais, no contexto de outras transformações da Ordem Jurídica.

A primeira delas é representada pelas funções do Ministério Público, a partir da Constituição de 1988 (arts. 127 e 129 da CF). Como protetor dos interesses sociais e individuais indisponíveis, como titular da ação civil pública e demais procedimentos legais em defesa do meio ambiente e do consumidor; enfim, como guarda dos interesses difusos e coletivos, o Ministério Público passa a ser um aliado poderoso das ações de Vigilância Sanitária e um dos componentes indispensáveis na elaboração do novo sistema e seus procedimentos.

A Lei da ação civil pública, nº 7347/85, da mesma forma, ao conferir ampla legitimidade ativa para a defesa dos interesses difusos, envolve todos os órgãos da Administração Pública em geral, entre os quais estão também os da Vigilância Sanitária, cuja atividade tem interface constante com aquelas áreas de interesse.

O Código de Defesa do Consumidor, igualmente, estende aos órgãos da Vigilância Sanitária a legitimação para promover os respectivos procedimentos judiciais de defesa, ainda que não tenham personalidade jurídica; elenca penalidades administrativas concorrentes à legislação sanitária (art. 56); enfim, amplia o campo de atuação da Vigilância Sanitária, que, em contrapartida, ganha instrumentos legais mais expeditos de atuação.

Este fenômeno dos sujeitos coletivos é muito significativo e permite a reflexão que se faz no próximo tópico.

5.4.6 - Uma perspectiva mais ampla

LUIZ FERNANDO COELHO⁵¹ em recente palestra ministrada aos professores da Universidade Federal de Santa Catarina, destacava alguns pontos que são oportunos nesta discussão sobre Descentralização e seu corolário, a Participação da Comunidade.

Se se toma como ponto de partida a exploração, ou seja, o ponto de vista da relação de poder dominantes/dominados, verifica-se que no estágio atual de desenvolvimento do capitalismo ela extrapola o plano individual, e até de estamentos, para ser uma exploração baseada na concentração tecnológica, e sobre povos inteiros, incluindo, muitas vezes, o próprio ambiente, em termos globais.

Antes a dominação era estudada e teorizada, de forma preponderante, no interior da fábrica ou no âmbito de um contrato individual de trabalho; hoje, a ampliação e a massificação das relações impõem a necessidade de uma nova ordem, fazendo surgir, como decorrência natural, os interesses difusos e os sujeitos coletivos.

Tanto que as mudanças tão significativas na área de defesa do consumidor, especialmente o Código de Defesa do Consumidor, não decorreram de luta da sociedade organizada, como destaca um dos autores do anteprojeto, mas "de uma percepção quase que espontânea dos legisladores da problemática insustentável do mercado de consumo brasileiro e de uma vontade de introduzir no sistema jurídico tudo aquilo que o regime anterior negava"⁵².

O interesse dos grandes monopólios é que o mercado funcione bem. Um fornecedor desonesto, além de prejudicar o consumidor, está prejudicando a

⁵¹As idéias desse Professor paranaense, aqui referidas, foram transmitidas em Conferência proferida na Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis, 10 de maio de 1995. Trata-se de apontamentos realizados e trabalhados pelo autor desta Tese e seu ponto de vista.

⁵²BENJAMIN, A.H.V., op. cit.

marca, o produto e, em suma, o comércio jurídico. Ao mesmo tempo, na condição de consumidor ou na aspiração ao meio ambiente equilibrado, uma coletividade inteira pode ter o seu espaço da vida invadido ou ameaçado por um interesse econômico: um interesse que não se restringe ou identifica em A ou B, mas em complexas estruturas, completamente infensas a mecanismos imediatistas ou "locais" de controle⁵³.

O Ordenamento Jurídico não estava equipado para essa nova realidade, moldado que estava e está, desde a Revolução Francesa, para a resolução de problemas meramente patrimoniais e no vezo individualista. Assim, a condição de estatuto do cidadão, que o Código Civil desfrutou, satisfatoriamente, no passado, sofre um esvaziamento sutil e insofismável perante o cunho de direito público que é imprimido às novas leis, do tipo do Código de Defesa do Consumidor, ou das leis de defesa ambiental, por exemplo.

As mudanças, portanto, decorrem de novas relações de produção, novas formações sociais, que estão exigindo novos modelos políticos, administrativos e jurídicos, e é nesta perspectiva que devem ser visualizadas a Descentralização e a Participação.

Os movimentos sociais são uma manifestação natural de resistência à dominação. A questão, assinala COELHO⁵⁴, é se eles teriam um projeto político, se teriam a perspectiva de triunfo da "ideologia racional", a que se refere Gramsci, ou de qualquer modo, a práxis, a luta política conseqüente, no sentido da conscientização e da desalienação.

O certo é que o ordenamento jurídico, como está, não serve à defesa dos direitos que a nova sociedade estimula e cria. Para fazer frente a esta nova

⁵³A agressão à camada de ozônio é um caso ilustrativo. Pode ser sustada ou impedida de uma hora para outra, com atos de autoridade? A questão social que envolve, em empregos, parques industriais, redes de comércio, distribuição, consumo, conforto dos lares, e bem assim, as implicações que extrapolam os níveis de soberania nacional, tornam o problema muito mais complexo.

⁵⁴Na citada Palestra.

realidade, qual seria o modelo conceitual adequado para o conhecimento? pergunta COELHO⁵⁵.

O instrumento epistemológico deve ser a abordagem interdisciplinar, porque a resposta não pode ser encontrada apenas no estudo da norma jurídica. Há alterações no plano do sujeito (não o indivíduo, mas a coletividade), do objeto (o fato jurídico, o fenômeno jurídico é outro), pelo que é necessário passar pelo conteúdo social, nos planos axiológico, deontológico, moral (da zetética jurídica e seu pragmatismo). É necessário, enfim, propor uma nova teoria como práxis, que seja crítica, que apele para uma nova síntese, nos planos da ciência do direito e da própria teoria do direito.

5.5 - A questão da Participação da Comunidade⁵⁶

Como se recorda, neste capítulo procurou-se colocar a questão do Estado, do SUS e da descentralização/municipalização na perspectiva de efeito e não de causa, num processo muito mais amplo e complexo, que tem sua verdadeira origem no sistema produtivo e sua crescente complexidade.

Se o SUS, ou mais precisamente, "o partido da reforma sanitária", de um ponto em diante recebeu algum apoio por parte de entidades representativas da Sociedade Civil, o seu nascimento e desenvolvimento deu-se no seio do aparelho estatal, seus intelectuais e seus representantes, da mesma forma que o próprio Código de Defesa do Consumidor e outras iniciativas semelhantes. No plano político, as massas populares estiveram, praticamente, à margem dos acontecimentos.

Este é um fato que exige reflexão, pois o a própria concepção filosófica do SUS, o seu arcabouço institucional e toda a sua diretriz de funcionamento não podem prescindir do elemento chave, que é a Participação.

⁵⁵Idem.

⁵⁶Este tópico toma como referente as conclusões sobre democracia expostos retro, da p. 44 a 51.

Que tipo de Participação, se trata de um processo cuja iniciativa não foi popular? O questionamento começa pela própria expressão com que é designada.

5.5.1 - O problema de natureza conceitual

A Constituição (art. 198,III) e a Lei Orgânica não falam, por exemplo, em "participação popular" e sim em Participação da Comunidade. Comunidade é um conceito em tudo e por tudo aparentado com o de "Nação", como demonstra DALLARI⁵⁷.

O conceito de Nação surge no período de consolidação do Estado Moderno, "como pura criação artificial"..."para levar a burguesia, economicamente poderosa, à conquista do poder político"⁵⁸. Com as revoluções Americana e Francesa, a Nação passa a ser identificada com o próprio Estado, símbolo de reivindicações populares e justificativa, inclusive, para investir sobre pequenos Estados e colônias - "em nome da grandeza das Nações". A exaltação dos chamados sentimentos nacionais levariam à eclosão de duas grandes guerras mundiais no século XX.

"Como se vê", conclui DALLARI⁵⁹, "o conceito de Nação, surgindo como um artifício para envolver o povo em conflitos de interesses alheios, jamais teve significação jurídica", sendo a sua importância, aí sim, de ordem sociológica, "influindo sobre a organização e o funcionamento do Estado".

Em suma: Estado é sociedade e Nação é comunidade. Comunidade é uma imagem simbólica e de efeitos emocionais, "a fim de que os componentes

⁵⁷DALLARI, Dalmo de Abreu. *Elementos de teoria geral do Estado*. São Paulo: Saraiva, 1995. p. 112-117.

⁵⁸Idem, p. 112.

⁵⁹Idem, p. 116. A propósito de Nação, diz POULANTZAS. Op. cit., p. 135: "A história da burguesia oscila permanentemente entre a identificação com, e a traição da, nação, pois esta nação não tem o mesmo sentido para ela que tem para a classe operária e as massas populares". Esta Nação está inscrita no Estado "e é esse Estado nacional que organiza a burguesia como classe dominante". "Mas, seguramente, o verdadeiro problema é o da relação da classe operária com a nação moderna: relação profunda, largamente subestimada, pelo marxismo"...

da sociedade política se sintam mais solidários" na persecução de objetivos desta última.

Ora, nesta linha a Participação da Comunidade, nos moldes estritos do conceito que se vê, parece ser tudo o que poderia sonhar um sistema hegemônico que consegue institucionalizar-se no Estado: ter uma comunidade de consumidores solidários, que não questionem o modelo em si, mas apenas vigiem e velem pelo **bom funcionamento** dos serviços consumidos. Não um povo ativo e questionador, a cujas necessidades, exigências e cultura devessem adaptar-se os produtores de bens e serviços em saúde; mas uma dócil Comunidade unida em torno do mesmo interesse hegemônico, fiscalizando os desmandos e as irracionalidades, acalmando os exaltados e estimulando os tíbios, enfim, **legitimando** todo um processo que a burocracia estatal orchestra e, sem dúvida, continua dirigindo.

O aspecto positivo, na contrapartida, é a perspectiva democrática que se abre com o SUS e a Participação: o novo espaço institucional do conflito.

O atual Presidente da República Fernando Henrique Cardoso escreveu na década de 70 uma frase, que COUTINHO⁶⁰ transcreveu mais tarde:

"Quem busca consenso é regime autoritário. Democracia, não. Democracia é o reconhecimento da legitimidade do conflito, a busca da negociação e a procura de acordo, sempre provisório, em função da correlação de forças".

Vale dizer, o esforço de organização comunitária deve ter como prioridade a autonomia: nos "saberes" e nas reivindicações. Ou exemplificando: a Comunidade, no sentido de movimento organizado de autodefesa, tem condições de vetar medicamentos inócuos e propagandas enganosas, a despeito da conivência do órgão oficial de Vigilância Sanitária?

⁶⁰COUTINHO, Carlos Nelson. *A democracia como valor universal: e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.p.47.

O que está em jogo, portanto, é a criação das novas regras e dos novos instrumentos de construção da saúde e da doença, no plano político; mas o maior ou menor êxito depende da capacidade de articulação e de autonomia (em relação ao Estado) da própria Sociedade. É o avanço da organização e da atuação dos sujeitos coletivos, dos órgãos comunitários que forçará a definição de um novo perfil do Estado. E não o contrário.

Em termos imediatos, um dos adversários mais difíceis à afirmação da autonomia da Sociedade Civil, neste processo, por paradoxal que seja, é aquele que se apresenta como aliado número um: o pessoal de Estado.

5.5.2 - O problema do pessoal de Estado

Quem define os rumos da Saúde, das ações de Vigilância Sanitária, os valores, enfim, que estão em jogo nesta área, a partir do SUS? O povo/Comunidade e sua cultura, o povo e suas necessidades? Ou o pessoal técnico do Estado e seus "saberes", os burocratas do Estado e suas disponibilidades de caixa, os profissionais de saúde e sua tutela "oficial" com seus métodos burocráticos?

Esta é a real dimensão da questão: a Comunidade, ou a Sociedade organizada terá condições de condicionar os rumos do próprio (micro) sistema produtivo, a partir do lugar que passa a ocupar, no "átrio" do aparelho de Estado?

Alguns estudos de caso, encontrados na literatura, podem fornecer uma idéia dos rumos e da natureza dos novos conflitos político-institucionais provocados pelo SUS.

Uma experiência interessante de participação ocorreu em São Paulo, no Bairro Butantã, por ocasião de um surto de hepatite, em 1990. O estudo é de

FEUERWERKER⁶¹, que vivenciou a situação como profissional de "advocacia em saúde".

A preocupação básica da autora do trabalho era a questão da democratização das informações de natureza técnica, ou seja, analisar a passagem de "saberes" à população por parte dos diversos profissionais envolvidos na experiência, especialmente os da rede oficial de Saúde.

Entende FEUERWERKER que esses técnicos possuem informações essenciais, que transcendem os limites de um mero posto de trabalho e os espaços tradicionais, porque se revestem, em última análise, de importância política. A Educação em Saúde não é nada mais nada menos do que a população conhecer os principais problemas de saúde da região onde mora, causas, possíveis soluções, enfim, deter os conhecimentos mínimos à noção de determinação social do processo saúde-doença. Tal clareza é indispensável para que a população se mobilize ante os problemas correspondentes.

A educação deve ser um instrumento de democratização do conhecimento, acrescenta, que deve começar já dentro da própria equipe de funcionários entre si e pela reorientação da linguagem na prática diária, pois técnicos e população "são oriundos de mundos diferentes"⁶².

A experiência não teve o resultado esperado, e a autora explica: "O que ocorreu"... "não foi um movimento da população por melhores condições de saneamento e abastecimento de água, mas uma campanha da unidade de saúde que contou com a participação da população"⁶³. Ou de outra forma dito, não houve um genuíno caso de participação da comunidade. Ora, este é o problema e esta é a tendência em todos os casos examinados.

⁶¹FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O papel das equipes de saúde na advocacia em saúde. *Saúde em Debate*. Londrina, n. 45, p. 47-52, dez. 1994.

⁶²Idem, p. 51.

⁶³Idem.

O insucesso foi creditado à pouca tradição de organização e luta, dificuldade detectada também na organização e condução dos conselhos gestores.

Participação mais ativa só foi observada, destaca o relatório, por parte dos setores e pessoas já ligadas a escolas e creches, mas não por parte do restante da população.

Este é o quadro que prevalece, de uma maneira geral.

Outro relato é a experiência de Botucatu-SP, trazida por MORITA⁶⁴. Constatam os autores do relatório que as dificuldades vão desde a escolha "a dedo" dos Conselheiros pelo Prefeito, e a resistência a aceitar a autonomia do Conselho de Saúde, à desconfiança dos servidores perante a presença dos representantes da comunidade nos Centros de Saúde. Há um desvirtuamento dos órgãos representativos e resistência à atuação das pessoas que representam a Comunidade.

Em Feira de Santana-BA, ASSIS⁶⁵ constatou dificuldades semelhantes, ou seja, participação incipiente, "com avanços e recuos", na dependência da postura dos governantes que ocupam o poder e das circunstâncias conjunturais. O problema é agravado pela falta de integração das instituições de saúde dos vários níveis e pela fragmentação de comando e organização entre as unidades públicas e privadas. E conclui: "ainda não existe um bloco de forças sociais e sujeitos sociais que sustente as suas posições de forma coerente e articulada com a proposta".

CORDÓN⁶⁶, relatando outro caso, de Brasília, informa que os profissionais dos Centros de Saúde resistem à Participação: "Os profissionais

⁶⁴MORITA, Ione, FIGUEREDO, Maria do Socorro, SILVA, Remédios Mira Fernandes da. A participação popular na gerência do Sistema Único de Saúde: erros e acertos da experiência de Botucatu-SP. Londrina, *Saúde em Debate*, n. 11, p. 32-34, set. 1995.

⁶⁵ASSIS, Marluce Maria Araújo. Municipalização da saúde em Feira de Santana-BA: intenção ou realidade? *Saúde e Debate*. Londrina, n. 46, p. 62, mar. 1995. Resumo de dissertação de Mestrado.

⁶⁶CORDÓN, Jorge. Participação comunitária nos conselhos locais de saúde: dificuldades. *Comunicação em Saúde em Debate*, Londrina, n. 11, p. 45-47, set. 1995.

preferem acomodar-se no seu corporativismo e esconder-se atrás de *sua* técnica, monopolizando o conhecimento e utilizando-o na definição dos atos individuais/profissionais. Assim, o ato médico ou odontológico é inviolável, irreproduzível (fichas com redação ilegível) escondendo-se da determinação social-política sobre a saúde-doença, desconhecendo o processo de distritalização e o mais importante, o processo de democratização ou de coletivização da saúde".

E continua o relatório: "O espaço da saúde (Unidade de saúde) torna-se um espaço de luta entre a visão dominante da doença e a visão de saúde, entre a vigilância à doença e a vigilância à saúde, entre a prática individualista e o trabalho em equipe, entre as ações individuais ou advindas de pacotes/programa impostos verticalmente e a incorporação da solução integrada e integral de problemas de saúde da comunidade, entre outros"⁶⁷.

Reclama CORDÓN⁶⁸ a democratização pela "desmonopolização da hegemonia do saber", em favor do "respeito à cultura e aos processos do viver e do adoecer da comunidade".

Entre tais relatos, FEUERWARKER⁶⁹ conclui com uma afirmação que revela elogiável espírito científico: "Essa ambigüidade do papel dos técnicos na relação com a população é um tema complexo e certamente não dispomos das respostas para sua solução".

Realmente, reside aí um dos pontos básicos da questão.

Sob o ponto de vista marxista, NICOS POULANTZAS⁷⁰ realiza uma análise muito dura do pessoal de Estado, que se caracterizaria por ter lugar de classe diferente da origem de classe (ou por constituir uma classe diferente das classes de onde procede). Em sua constituição, as altas esferas seriam ocupadas por pessoas provenientes das classes superiores e os escalões

⁶⁷Idem.

⁶⁸Idem.

⁶⁹FEUERWARKER, op. cit.

⁷⁰POULANTZAS, N. Op. cit., p. 177 e ss.

intermediários pela pequena burguesia; neste último segmento encontram-se elementos que podem pender para as lutas populares, mas até uma certa altura, acorrentados que estão à ideologia do seu lugar de classe.

A ideologia desse contingente, e que cimenta internamente os aparelhos de Estado e a unidade de seu pessoal é a do Estado neutro, representante da vontade e do interesse gerais, acima das classes, tendo a administração como um motor de eficiência e de bem estar geral.

Ora, afirma o autor francês, como o Estado não é nada disto, aqueles agentes da pequena burguesia que pendem "para as massas populares", vivem comumente sob o sentimento de revolta e decepção, nos termos da ideologia dominante, por ver as esferas superiores do Estado serem freqüentemente desviadas dos objetivos nobres e coerentes pelos grandes interesses econômicos. Revolta porque tais práticas colocam "em questão seu papel de garantia da *ordem* e da *eficacidade* sócio-econômica", destroem "a autoridade estatal e o sentido das tradicionais *hierarquias* no seio do Estado"⁷¹.

Por outro lado, continua POULANTZAS⁷², esse pessoal interpreta o aspecto de uma democratização do Estado "não como uma intervenção popular nos negócios públicos, mas como uma restauração de seu próprio papel de árbitros acima das classes sociais. Eles reivindicam uma *descolonização* do Estado em relação aos grandes interesses econômicos, o que, a seu ver, significa o retorno a uma virgindade, supostamente possível, do Estado que lhe permita assumir seu próprio papel de direção política". Direção deles, pessoal de Estado, e não do povo.

Há assim, continua o mesmo autor, uma limitação intrínseca do pessoal do Estado, que não lhe permite ir às últimas conseqüências diante das massas populares:

⁷¹Idem, p. 180.

⁷²Idem.

"Nada mais evidente que a profunda desconfiança que as iniciativas das massas"... "despertam nesses grupos do pessoal de Estado, aliás favoráveis à sua democratização", sendo que a sua adesão aos movimentos é apenas sob a condição da continuidade do Estado, a sua preservação e a garantia dos interesses corporativos⁷³.

E conclui POULANTZAS⁷⁴: "Esses limites inerentes às práticas do pessoal de Estado só podem então ser transpostos sob a condição única de uma transformação radical deste arcabouço institucional, e na proporção desta transformação".

Este tipo de análise, como se vê, coloca o pessoal de Estado na perspectiva de resistência à verdadeira Participação, e não de adesão ou fomento dela. Basta que determinado movimento social pretenda, por exemplo, assumir, efetivamente, as rédeas da situação em relação às ações de Saúde ou Vigilância Sanitária para esbarrar na oposição da burocracia e do pessoal de Estado. Portanto, tal movimento deveria ter consciência, *a priori*, de que só poderia contar com o pessoal do aparelho estatal de Saúde até um certo ponto, a menos que se tratasse, já, de um Estado radicalmente transformado ou em transformação, como diria Poulantzas.

Esta desconfiança em relação ao pessoal de Estado, ou esta posição crítica, é manifestada também por LEFORD⁷⁵, que alerta para "a camada de burocratas que, a despeito de suas diferenças e de seus conflitos internos, se destaca do restante da população". Eles são a face que o Estado apresenta, depois que já não encontra mais na linguagem da religião uma justificação para as suas desigualdades: "só o Estado aparece a todos e se apresenta a si mesmo como o princípio instituinte, como o grande ator que detém os meios de transformação social e do conhecimento de todas as coisas".

⁷³Idem.

⁷⁴Idem, p. 181.

⁷⁵LEFORD, Claude. *A invenção democrática: os limites do totalitarismo*. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 77-78.

Portanto: as dificuldades com que se defronta a Participação da Comunidade, para aqueles que não a querem como um mero arremedo legitimador, são enormes. Não há Participação, no sentido real e material do termo, sem a prática de uma Democracia que supere o nível meramente formal.

Esta questão do pessoal de Estado, pode desdobrar-se, ainda, em dois outros pontos importantes: o da produção das normas e o do Judiciário.

5.5.3 - O problema da produção das normas

A Descentralização, com Municipalização, e a Participação, como direito assegurado pela Constituição, trazem consigo a perspectiva de surgir oposição entre a vontade da população e determinadas configurações do ordenamento jurídico.

Não se cuida, em termos reducionistas e fechados, da hipótese de a Comunidade organizada simplesmente utilizar a prerrogativa da Participação para pretender a desconsideração da Lei. Não. A preocupação remonta à questão do Estado Contemporâneo, na forma levantada no início do presente capítulo.

Rememorando, a complexidade do sistema produtivo e a questão social, como se viu, tendem a esvaziar a Lei geral e abstrata; estimulam a proliferação sublegal de atos normativos e medidas administrativas à revelia do Parlamento; suscitam, enfim, a crise de legitimidade do Estado, que em resposta tende à politicização da Administração Pública. O próprio SUS, com as peculiaridades e especificidades do setor Saúde, estaria, como microssistema, no contexto deste fenômeno.

Ora, se o Estado, através do Poder Executivo, sente-se autorizado a resolver os problemas emergentes e urgentes no plano sublegal, a Comunidade agora, frente à disposição Constitucional que lhe confere o direito de

Participação no SUS, pode enfrentar a decisão ou a norma tomada à revelia do seu crivo participativo? Ainda que se trate de normas baixadas pelo pessoal da burocracia do Estado revistido de autoridade?

A fronteira que se abre com o SUS, como se vê, desdobra aspectos inteiramente novos, seja no plano da natureza dos conflitos, seja no plano dos instrumentos de solução a serem criados.

Na verdade, este embate entre a Política e o Direito que aí se vislumbra, traz à baila a questão da Política Jurídica.

Um pesquisador pioneiro, incansavelmente dedicado a esta área, é OSVALDO FERREIRA DE MELO⁷⁶, que vê a Política Jurídica não como técnica de legislação, ou sociologia jurídica aplicada, "mas como estudo e proposição do direito que deve ser e de como deva ser (Kelsen) e, sobretudo, realização empírica das condições transcendentais da validade jurídica (Reale), e condição de autonomia para a criatividade (Warat)".

Ou seja, um espaço para a criação do Direito do nosso tempo, eficaz por legítimo e legítimo por sua representação democrática.

Com efeito, o SUS é um campo privilegiado para observação e discussão desse espaço, da Política Jurídica, pois que a Comunidade organizada tem a perspectiva de fazer verter a sua decisão política ao plano jurídico, pela via rápida da Participação, constitucionalmente assegurada, no aparelho administrativo.

MELO⁷⁷ reputa falsa e prejudicial a postura que põe em relação antagonica os conceitos de Política e Direito, pois que são espaços suscetíveis de "permanentes e desejáveis" influências recíprocas: "O Direito necessita da Política para renovar-se continuamente na fonte das mediações, e esta necessita daquele para objetivar em realidades e em valores a sua atividade

⁷⁶V. MELO, Osvaldo Ferreira de. *Fundamentos da política jurídica*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1994. V. p. 49.

⁷⁷Idem, p. 21.

quase sempre dispersiva e pragmática, ou seja, objetivá-la em sistemas de princípios e normas, formal e materialmente válidos".

E continua o Professor catarinense: "Assim, *o bem comum*, expressão que se usa geralmente com forte apelo retórico, para representar um objetivo coincidente da Política e do Direito, poderá significar algo conseqüente, como sendo mais justas relações econômicas e alcance de ambiente social tolerante, ético e estimulador de práticas solidárias".

Ora, não há como se confundir a Participação da Comunidade com "a prática do assembleísmo" alternativo, que se opõe à prática de poder decisório "do sistema institucional" e outras formas difusas de neo-anarquismo referidas pelo mesmo autor catarinense⁷⁸; trata-se, em verdade, da própria Comunidade dentro do aparelho de Estado, legitimada por direito público subjetivo de origem Constitucional.

Isto significa, *ipso facto*, levar a Política e a Participação para dentro do Poder Judiciário, que constitui outro segmento, muito particular, do pessoal de Estado.

5.5.4 - O problema do Judiciário

PASOLD⁷⁹ lembra que "O Poder Judiciário é um dos três pilares do Estado Contemporâneo", ou seja, daquele Estado de Função Social, pelo que a prestação jurisdicional não é um "serviço judicial", simplesmente, mas demanda um compromisso muito mais amplo, com a Sociedade em seu todo.

WOLKMER⁸⁰ procura demonstrar que a Participação implica na crise do modelo de juiz distanciado da cotidianidade, preso à técnica jurídica insensível, pois que faz despontar uma responsabilidade política frente à

⁷⁸Idem, p. 66 e 67.

⁷⁹PASOLD, Cesar Luiz. A função social do Estado Contemporâneo e o poder judiciário. *Alter Ágora*. Florianópolis, n. 3, p. 25-29, set., 1995.

⁸⁰WOLKMER, Maria de Fátima. Op. cit.

sociedade e sua pressão: "Uma atividade judicial democrática não pode ser *independente* da soberania popular, mas sim possibilitar o exercício da autonomia da vontade com novas formas de participação no exercício do poder".

MELO⁸¹, por sua vez, aponta o juiz como agente da Política do Direito (um deles), nestes termos: "Sem, por exemplo, um juiz que faça a mediação entre as necessidades sociais e a norma vigente, a contestação será permanente".

VERONESE⁸² acrescenta que o surgimento dos direitos sociais transforma o papel do Estado na direção de uma ação positiva, de assegurar e levar a termo os direitos nascidos da sociedade; e que isto redundará na transformação do próprio Poder Judiciário, "que passa a ser instrumento de expansão da cidadania", numa postura antes não vislumbrada, "qual seja a de fazer de suas sentenças um espaço participatório, atribuindo-lhes um sentido de efetiva emancipação".

Em suma, não é possível a existência de uma Sociedade participativa sem uma nova Administração Pública e um novo Judiciário; porque a verdadeira Participação (não aquela meramente legitimadora das manobras burocráticas do Estado) implica na transformação radical das instituições, através da Democracia plena.

5.5.5 - Participação e Democracia

A perspectiva, para encaminhar o encerramento deste capítulo, é de que Democracia não se coaduna com anarquia, mas é um duro e permanente trabalho coletivo de construção.

⁸¹MELO, O.F. Op. cit., p. 131 e 69.

⁸²VERONESE, Josiane Rose Petry. O acesso à Justiça como exercício da cidadania. *Álter Ágora*. Florianópolis, n. 3, p. 20-24, set., 1995.

NORBERTO BOBBIO⁸³ conclui o seu livro *O futuro da democracia* de uma maneira brilhante, com as seguintes palavras: "E o que é a democracia se não um conjunto de regras (as chamadas regras do jogo) para a solução dos conflitos sem derramamento de sangue? e em que consiste o bom governo democrático se não, acima de tudo, no rigoroso respeito a estas regras? Pessoalmente, não tenho dúvidas sobre a resposta a estas questões. E exatamente porque não tenho dúvidas, posso concluir tranquilamente que a democracia é o governo das leis por excelência. No momento mesmo em que um regime democrático perde de vista este seu princípio inspirador, degenera rapidamente em seu contrário, numa das tantas formas de governo autocrático de que estão repletas as narrações dos historiadores e as reflexões dos escritores políticos".

Cumpra não abrir mão e ampliar cada vez mais as conquistas liberal-democráticas. Cumpra influir na instrumentação do SUS e na construção das novas regras do jogo.

Não se deve ter dúvidas de que à complexidade cada vez maior do "processo econômico necessário", correspondem iguais níveis de sofisticação e ampliação da base democrática. A Democracia não como um fim em si mesma ou como remédio para todos os males, mas como instrumento, alerta COUTINHO⁸⁴, de "um processo que amplia e complexifica tanto os carecimentos quanto as faculdades humanas".

Ou com outras palavras de outra obra do mesmo autor⁸⁵: "A socialização da produção está na base do processo de socialização da participação política"; e a participação política importa na "criação de múltiplos e diferenciados sujeitos políticos coletivos". De fato, a socialização

⁸³BOBBIO, Norberto. *O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo*. Trad. de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992, p. 171.

⁸⁴COUTINHO, C.N. Op. cit., p.22-23.

⁸⁵COUTINHO, C.N. *Gramsci: um estudo sobre o seu pensamento político*. Rio de Janeiro: Campus, 1989. p. 57.

da produção "está na base, em suma, da criação e do fortalecimento do que Gramsci chamou de Sociedade Civil".

Este devir, entretanto, não será realizado senão na contradição, no conflito e na luta. O SUS é um exemplo disto. O que se conseguiu até aqui não foi fácil de conseguir, e a sua consolidação, assim como a conquista de um modelo de Saúde que satisfaça a maioria da população, parece ser coisa mais difícil ainda.

A tarefa que se impõe ao SUS, e no caso específico da nova Vigilância Sanitária, descentralizada e com Participação da Comunidade, é construir os mecanismos apropriados ao novo modelo político-administrativo. Aqueles instrumentos com que a Sociedade Civil, na sua autonomia e à base do embate democrático, vai colocar-se, efetivamente, dentro do aparelho de Estado: para transformar a Lei e o legislador, o juiz e o Judiciário, a burocracia e a Administração Pública - enfim, para obter o **Estado adequado** às necessidades e interesses da maioria, democraticamente definidos, negociados e decididos.

Como diz WOLKMER⁸⁶, é necessário explorar todas as possibilidades oferecidas pelo Direito oficial do Estado. Ora, só isto já representa material mais que suficiente para ocupar as energias dos pesquisadores da área jurídica, no presente momento histórico.

Ademais, e para terminar, cumpre repisar o exemplo de Roma e dos plebeus. Foram séculos de lutas para eliminar os privilégios patrícios. As conquistas foram lentas e custaram muito caro. Mas a vitória não transformou os plebeus em patrícios: no duro e duradouro conflito, dialeticamente, as instituições políticas, civis e religiosas vão-se modificando na mesma proporção em que se desenvolve a luta. Quem mais ganhou no final, como resultado da composição política, foi o próprio Estado Romano. Na medida em

⁸⁶WOLKMER, Antônio Carlos. *Pluralismo jurídico: o espaço de práticas sociais participativas*. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992. Tese de Doutorado em Direito. p. 389.

que o conflito social era absorvido, Roma, fortalecida, ia ampliando seus domínios e sua riqueza.

Entre nós, o capitalismo cria as premissas para que todos participem do poder, mas ele próprio não subsiste, como tal, se todos efetivamente participarem⁸⁷. Por isso impõe-se transformá-lo, humanizando-o crescentemente, pela via democrática.

⁸⁷V. COUTINHO, C.N. *A democracia como valor universal*. Op. cit., p. 57.

CONCLUSÕES

1. A Vigilância Sanitária foi examinada e estudada, na presente Tese, como atividade estatal de natureza coercitiva e educativa. O Estado, por sua vez, foi abordado não como uma força política exterior à Sociedade, mas contextualizado nela e no respectivo modo de produção, como responsável pela chamada violência legítima. O exercício desta última faz destacar a face jurídica do Estado, a partir da noção de ordem. Vigilância Sanitária é exercício de poder, mas também, fenômeno jurídico.

O Estado, entretanto, como ordem jurídica soberana, foi visto como aparelho que deve estar compromissado com uma finalidade específica, o Bem Comum, a ser auferido não pela burocracia estatal, pura e simplesmente, mas pela própria Sociedade, através dos mecanismos e instrumentos democráticos. Isto significa aceitar o conflito e com ele a perspectiva de transformação e superação do próprio Estado e da democracia formal.

A Vigilância Sanitária, neste contexto, seria também um instrumento de democratização dos "saberes".

Para o confronto e confirmação destes pressupostos, examinaram-se os tipos de Estado sob o ponto de vista cronológico e da universalidade. As

diversas experiências de Estado apontam no sentido de que a afirmação da soberania (formalmente) respeitada é atributo dos Estados que se desenvolve paralelamente à afirmação da individualidade humana e seus direitos fundamentais.

A atividade de polícia, como atividade estatal separada do "populus", começa em Roma, em face do crescimento e da afirmação dos plebeus como classe social. Mas a burocracia estatal profissional e remunerada só surge com a divisão social do trabalho, e vai afirmar-se com o Estado Moderno (soberano, com território certo, povo formado por cidadãos e finalidades Constitucionalmente fixadas).

A Forma-Estado, da moderna organização política, é resultado da universalização dos padrões produtivos, e a estabilidade das relações internacionais (conflitos à parte) é tarefa de uma burguesia transnacional, que vela pelos interesses globalmente instalados. Tal atributo teria faltado ao Império Romano, na fase de decadência e perecimento da sua ordem estatal.

Com efeito, diferentemente da ordem jurídica romana, do tipo Estado Isolado, o moderno Estado funciona, de fato, como uma ordem política "descentralizada" de um mesmo sistema de relações jurídico-econômicas, internacionalizado, que não poderia sobreviver sem ele.

No caso específico do Estado Brasileiro, o estudo da presente Tese destacou-lhe a origem (na fase colonialista do Estado Moderno) e três aspectos significativos de sua conformação histórica: o centralismo (ao qual deve a sua dimensão continental), a dependência das classes superiores em relação ao Estado (base do clientelismo e da corrupção) e a baixa tradição no plano democrático (o que explica a longa convivência com o autoritarismo).

Na seqüência, o estudo do Estado Contemporâneo, submetido à Constituição e comprometido com a questão social, flagrou uma crise de legitimidade perante a complexidade - cada vez maior - do sistema produtivo

e a verdadeira prioridade estatal: a reprodução e a acumulação do capital hegemônico, em detrimento do restante da Sociedade.

À medida que vê aumentar o espectro das suas demandas e se envolve com a crise fiscal; e à proporção que politiza a Administração Pública e hipertrofia o Poder Executivo como resposta à crise de legitimidade - o Estado sofre um processo de privatização em favor de diferentes blocos econômicos.

Blocos econômicos que se formam no bojo do próprio sistema responsável pela crise do Estado e que num complexo processo hegemônico, logram institucionalizar no aparelho estatal o modelo administrativo que lhes serve. Todavia, ao mesmo tempo em que recorta uma fatia do Estado e do orçamento, e sacramenta a própria autonomia de reprodução na Sociedade, o minissistema, ele mesmo, oferece a alternativa de recomposição da crise política: Descentralização, Municipalização e Participação da Comunidade parecem ser os instrumentos adequados das novas relações econômicas ampliadas, no novo estágio de acumulação de capital.

Neste contexto, da questão do Estado Contemporâneo, é que surge o Sistema Único de Saúde. Sintomaticamente, ao que parece, nos dias que correm o SUS até pleiteia um tratamento diferenciado e privilegiado, em relação às demais prioridades do Estado, mediante a criação de um imposto especial e privativo para o Setor, como alternativa à manutenção do atendimento da população e ao pagamento dos serviços privados de Saúde. Vale dizer, o minissistema reage como bloco e tenta aliviar as contradições internas mediante o estabelecimento de contradições ampliadas e mais complexas.

Dialeticamente, com a nova estrutura político-administrativa instala-se, porém, a perspectiva de superação do modelo de desigualdade. Isto porque os mesmos instrumentos que acomodam o sistema e encaminham as contradições

para contextos diluidores, abrem flanco à crescente politização das massas, convocadas à Participação.

2. Verificou-se, na continuação do estudo, que a Saúde Pública e a Vigilância Sanitária, na sua conhecida expressão legal e administrativa, são fenômenos do século XIX, na esteira do Iluminismo e da Revolução Industrial, das descobertas científicas e das grandes aglomerações urbanas; mas conseqüência, também, da própria realidade estatal correspondente.

No Brasil, os assuntos de Saúde Pública seguem os ciclos econômicos e seus problemas, até que, a partir da década de 50, começa a instaurar-se o processo que culminaria com o Sistema Único de Saúde: um modelo racionalizado de atendimento universal e integral, institucionalizado no Estado, que não sobrevive sem o Estado, porque baseado na compra de serviços privados.

A proposta do SUS nasce no seio dos intelectuais ligados ao Estado e às Universidades e logra agasalho Constitucional, a propósito do momento de redemocratização do País, em meados da década de 80.

A Lei Orgânica da Saúde consolida a nova estrutura e inicia-se o difícil processo de implantação do SUS, e da conquista do direito à Saúde, nos moldes preconizados pela Constituição.

Como subsistema do SUS, a Vigilância Sanitária passa a sofrer profundas modificações com a Lei 8.080/90. Para poder examiná-las na sua realidade jurídica, realizou-se um estudo dogmático e descritivo da Vigilância Sanitária, desde a sua condição de atividade de polícia administrativa sanitária, suas ligações com a Administração Pública e os principais ramos do direito público, até a sua peculiaridade de Justiça Administrativa, ou objeto de poder jurisdicional. Além dos aspectos processuais e de controle (administrativo e judicial) de seus atos, procurou-se, também, classificar as suas formas de

atuação, em face da realidade federativa brasileira e suas implicações no processo de descentralização e municipalização das ações.

3. Em função da fase de transição e do processo de implantação do SUS, examinou-se, em seguida, a questão dos modelos de Vigilância Sanitária, anterior e posterior à reforma. Iniciou-se pela identificação do conteúdo básico de um Código Sanitário (conforme recomendação dos organismos internacionais) e, especificamente, examinou-se o atual Código do Estado de Santa Catarina: normas de organização, de política de Saúde, leis materiais (preceitos de conduta, infrações e penalidades) e processuais (instrumentos de apuração de infrações).

Procurou-se demonstrar que o sistema anterior, centralizado na União e na Lei Federal 6.437/77, pouco teria a oferecer ao novo modelo descentralizado e municipalizado do SUS; mas se teve que reconhecer que a omissão das esferas superiores de governo, que não fizeram a sua parte da reforma legislativa específica, abandonou os Municípios à sua própria sorte, na fase de transição. A alternativa que restou aos Municípios, ao que parece, foi reproduzir, pela adaptação da legislação sanitária anterior, o velho modelo no nível local.

Procurando identificar o perfil do referido modelo de Vigilância Sanitária do SUS, procedeu-se a um estudo descritivo da Lei 8.080/90, artigo por artigo, relembrando a sua base conceitual, seus princípios, diretrizes e estrutura. Basicamente, uma nova realidade federativa, em que as esferas atuam para conseguir objetivos comuns, através de atribuições próprias, fixadas na Lei Geral e com base na autonomia de cada Unidade da Federação. Este novo modelo, municipalizado e com Participação da Comunidade, passará a exigir uma nova postura das autoridades federais e estaduais, inovações na

administração municipal, cidadania ativa e novos instrumentos de atuação em Vigilância Sanitária.

4. Na seqüência, realizou-se o estudo objetivo de um caso de municipalização das atividades de Vigilância Sanitária, mais precisamente, no Município de Florianópolis, Capital de Santa Catarina. Foram examinados os documentos oficiais (do Estado e do Município) que nortearam o processo, assim como o Convênio de municipalização, firmado entre as duas esferas de governo, e o novo Código Sanitário de Florianópolis.

O Plano Municipal de Saúde é de 1993 e o Projeto de Lei atinente às normas de Saúde e Vigilância Sanitária seria elaborado em 1994, por iniciativa dos próprios técnicos da Vigilância Sanitária da Prefeitura. Na falta de definição de um sistema nacional de Vigilância Sanitária, a tarefa do Município de Florianópolis resumiu-se na delegação da maioria das atividades de execução ao Estado-Membro - que já as executava e continuou executando - pois que assumiu o compromisso, mediante convênio de municipalização, de assumir apenas a parte relativa à vigilância e fiscalização de saneamento, alimentos e respectivos estabelecimentos, basicamente.

O Código Sanitário do Município, comprovou-se da mesma forma, é uma versão para a fase de transição, à base da legislação anterior e dos avanços da LOS e do Código de Defesa do Consumidor. Não houve Participação da Comunidade no processo, nem reforma administrativa de fundo na estrutura municipal.

A Municipalização, pelo que se pôde comprovar através dos respectivos Boletins de produtividade da Vigilância Sanitária até junho de 1995, não tinha alterado, praticamente em nada, a rotina de atividades do Setor, em relação aos anos anteriores.

5. No quinto e último capítulo, resumiram-se, à guisa de consolidação da parte jurídica do estudo, os aspectos descritivos e conceituais da Vigilância Sanitária, destacando as principais características dos modelos que se defrontam na atual fase de transição: aquele que se extingue e aquele que se procura implantar. E em seguida, com vistas à parte política do estudo, elegeram-se alguns pontos, mais relevantes ao futuro da Vigilância Sanitária, para travar uma discussão.

Iniciou-se pela questão do Estado, sua transformação, sua crise de planificação política e de legitimidade, fenômenos estes que abriram espaço, em grande parte, para o surgimento do SUS.

Discutiu-se a questão da chamada Reforma Sanitária, fixando atenção, basicamente, no fato de não ter tido origem nas reivindicações de massa, ou da classe trabalhadora, e sim no seio do próprio Estado, seus intelectuais, parlamentares e autoridades.

Com isto se encaminhou a discussão da Descentralização, da Municipalização e da Participação da Comunidade como efeitos, em grande parte, de um processo mais amplo, raizado no sistema produtivo. A hegemonia de blocos econômicos, entre eles o da Saúde, que tendem a "privatizar" o Estado e estabelecer, na contrapartida, novos canais ou instrumentos de expressão política. Um modelo completamente inusitado em relação ao sistema anterior (centralizado e burocratizado), que retira as contradições do plano mais direto e individualista, para ampliá-las e elevá-las ao contexto de blocos ou minissistemas que procuram autolegitimar-se no aparelho de Estado e no anseio comunitário.

O capital hegemônico, assim, procura atenuar as contradições internas "do bloco" ou minissistema em si (que não elimina), voltando seus instrumentos de autolegitimação contra os demais setores da Sociedade Civil, do capital e do Estado. A tentativa do Ministro da Saúde, nos dias atuais, de

criar um imposto exclusivo para o SUS é um exemplo que tende a tornar-se clássico na ilustração deste momento histórico.

A grande questão, para as massas populares e seus canais de representação, é esta: como apoderar-se e fazer funcionar esta nova máquina político-administrativa (do capital hegemônico) em seu favor? Em favor da superação das grandes desigualdades; da obtenção de serviços de saúde gratuitos e de qualidade; e da própria conquista do direito à Saúde?

Ora, se o novo sistema, com e apesar das suas contradições, serve ao interesse hegemônico e seus beneficiários, a sua efetiva implantação, em termos de Descentralização e Participação da Comunidade, nos moldes em que interessa ao restante da Sociedade, esbarra em dificuldades e obstáculos internos quase intransponíveis. Os campos mais significativos de resistência, ao que se pôde constatar na pesquisa, estão no pessoal de Estado (governantes e funcionários) e no Poder Judiciário (e seu conhecido distanciamento da questão social).

O subsistema da Vigilância Sanitária, além desses problemas, acumula ainda as dificuldades de implantação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, de reforma administrativa nos Municípios e a falta de definição de instrumentos específicos de Participação Comunitária independente e autônoma (em relação ao Estado).

6. Em suma: a pesquisa e as reflexões realizadas na presente Tese, como se acabou de resumir, oferecem a perspectiva de novos debates e novas investigações:

6.1 - O estudo da Vigilância Sanitária como poder de polícia na área da Saúde Pública, no Brasil, tem dois momentos: antes e depois da Constituição de 1988 e do Sistema Único de Saúde. Os princípios constitucionais da

Democracia participativa e o novo arcabouço institucional do SUS, com Participação da Comunidade, apontam para uma ampla reforma do Estado, ainda em estágio preliminar. Essa aura democrática vem no bojo de uma crise de legitimidade, que tem sua raiz na complexidade do sistema produtivo e na questão social.

6.2 - O que chama atenção é que as mudanças, inclusive o cunho democrático que se realça, não ocorrem como resultado de movimentos sociais de vanguarda ou de pressão política articulada e aparente. O fenômeno parece ser mais amplo que a capacidade de controle e previsão dos atores sociais, e as medidas reformadoras têm origem e se processam no seio do próprio Estado, refletindo na dificuldade de articulação Comunitária.

6.3 - Por outro lado, o capitalismo, ainda que em sua tendência inata à expansão e à universalidade, não admite e não se coaduna com a diversidade anárquica e a falta de controle: sem normas universais e racionais, sem um Estado soberano e onipresente, não há capitalismo: como explicar, então, em face da pesquisa, a abertura à Descentralização e à Participação que se verifica no SUS? A explicação parece residir, conforme referido, no fato de que se vivencia a consolidação de hegemonia num microssistema específico, que mostra condições de se auto-equilibrar e normalizar, numa formação político-social inteiramente nova. Não que haja um "perecimento" do Estado, mas o Estado ressurgue com novos papéis, nas diferentes esferas governamentais e sem perder o controle "administrativo" do processo. O Estado não tem condições de interferir na base econômica do fenômeno, mas não abre mão do comando jurídico-político da nova situação.

A especificidade desta presença vai depender do comportamento da própria Sociedade Civil, perante as prerrogativas de Descentralização e Participação.

6.4 - O momento não parece ser do cidadão no plano individual, mas dos grupos, dos movimentos, dos sujeitos coletivos, enfim. À desestatização parece corresponder um fenômeno de despersonalização do indivíduo, no plano político, ou melhor dizendo, no plano do exercício da cidadania. O próprio Estado, nesta conjuntura, tende a coletivizar-se em blocos econômicos, tais como o Mercado Comum Europeu e o Mercosul, por exemplo.

6.5 - Em termos de Descentralização e Municipalização da Vigilância Sanitária, comprova-se a necessidade de definir as características do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, nos moldes do SUS, encerrando a fase inicial de transição, em que os Municípios se limitam a reproduzir no nível local o sistema anterior. Cumpre fixar de forma clara as características do modelo, pelas atribuições específicas de cada esfera de governo, e, concretamente, o sistema de informações, o plano de diagnóstico epidemiológico (específico da Vigilância Sanitária), os procedimentos para estabelecimento de prioridades, de avaliação e de controle.

6.6 - No tocante à Participação da Comunidade, é necessário que a própria população delibere a respeito, no espaço de sua autonomia, articulando-se junto aos Conselhos de Saúde, definindo os mecanismos de intervenção e controle social, sem prejuízo e sem embargo daqueles meios que o próprio Estado estabelecer. É vital para o êxito da Participação o desatrelamento e a independência do foro de deliberação comunitária, em relação ao Estado.

É evidente que não haverá Participação em Vigilância Sanitária sem um diagnóstico epidemiológico, sem um sistema de informações definido, retroalimentado e acessível, sem noção do impacto esperado das ações, sem um Plano de Saúde, sem definição de mecanismos de deliberação comunitária independentes e sem um paradigma processual de apuração de infrações condizente com a Participação Comunitária.

6.7 - A politização e a problematização da Vigilância Sanitária em instâncias independentes (de Participação) é que converterá o Conselho de Saúde num campo de negociação política, em que os representantes falem por segmentos inteiros e não por opiniões pessoais.

6.8 - No plano dos procedimentos específicos de defesa da Comunidade, em Vigilância Sanitária, impõem-se duas frentes de medidas: a) a dos instrumentos independentes tais como acordos e convenções coletivos (nos moldes da convenção coletiva de consumo do art. 107 do Código de Defesa do Consumidor), estabelecimento de obrigações de não fazer em loteamentos e incorporações (nos moldes das servidões do Código Civil), acordos, através de instituições representativas da Comunidade com indústrias, empresas de comunicação e outras, cuja atividade (e dos concorrentes) digam respeito à Saúde da população, enfim, todos os meios de autotutela que se enquadram no gênero; e b) a dos instrumentos oficiais ou estatais, como o processo de apuração de infrações, a articulação com o Ministério Público e os remédios judiciais. O processo administrativo de apuração de infrações sanitárias, especificamente, deverá ser adaptado à Participação, mediante a desestatização de sua iniciativa, para permitir a autuação de infratores pela própria Comunidade, pondo termo, assim, à discricionariedade absoluta da Autoridade de Saúde que dava feição ao modelo anterior e superado.

6.9 - A presente Tese procura demonstrar e estimular o prosseguimento de pesquisas e debates, especialmente a respeito dos seguintes tópicos:

- a) Democratização do saber em Vigilância Sanitária: é questão vital para o êxito da Participação da Comunidade e importa na afirmação da autonomia da Sociedade Civil frente ao Estado; o desafio parece ser a criação dos mecanismos respectivos, para inaugurar e assegurar um novo espaço na cultura do povo;
- b) Vigilância Sanitária e Mercosul: a internacionalização das relações econômicas representa, no reverso, o surgimento de interesses transnacionais da Sociedade Civil, em cada um dos países integrantes; será de grande valia um estudo das possíveis raízes comuns dos dois fenômenos: SUS (no plano interno) e Mercosul (no plano internacional);
- c) A Vigilância Sanitária e a reforma legislativa nos Municípios: a implantação do SUS e a municipalização dos serviços e ações de Saúde, e especialmente, a incorporação da atividade de polícia sanitária, exigem uma completa revisão na estrutura organizacional e na ordem jurídico-legal dos Municípios; faz-se necessário um estudo específico, para levantar os princípios básicos da reforma, as estratégias a empregar nas diversas realidades e, inclusive, comparar as experiências de maior êxito;
- d) O novo modelo de processo de apuração de infrações sanitárias no SUS: a Municipalização e a Participação da Comunidade, aliados ao arcabouço de racionalidade administrativa do SUS, importam na criação de um processo administrativo muito diferente daquele que se utilizava no sistema anterior, da Lei Federal 6437/77; quais seriam, por exemplo, os espaços e os instrumentos de atuação da Comunidade neste novo

processo? É possível estabelecer mecanismos de controle mais eficientes e rápidos, com menor despesa e menos pessoal nos Municípios?

- e) Os sujeitos coletivos, os interesses difusos e a Vigilância Sanitária: qual é o papel da Vigilância Sanitária neste plano de articulação? Quais os procedimentos a serem estabelecidos?
- f) A Vigilância Sanitária e o Ministério Público: este é um tema que se constitui, praticamente, num desdobramento do anterior; as novas funções do Ministério Público, a partir da Constituição de 1988, e a nova realidade da Vigilância Sanitária, com o SUS, estreitam os laços e obrigam as duas instituições a uma crescente articulação;
- g) A Vigilância Sanitária e a Epidemiologia: cumpre definir, e com urgência, o modelo de diagnóstico epidemiológico específico Vigilância Sanitária, com o respectivo sistema de informações, em todos os níveis; quais são as informações que a Vigilância Sanitária deve dispor para estabelecer prioridades, medir impacto de ações, facilitar a Participação e o controle social?
- h) A Vigilância Sanitária e os mecanismos de autodefesa da Comunidade: um dos campos mais apaixonantes de pesquisa, sem dúvida, é este, de criar, apontar, identificar instrumentos de autotutela do cidadão e dos sujeitos coletivos, pois será uma significativa contribuição à legítima Participação da Comunidade;
- i) O papel da União e do Estado-Membro na Municipalização da Vigilância Sanitária: os autores consultados nesta pesquisa que se encerra, e as experiências encontradas na literatura específica, referem, constantemente, a crise de identidade dessas esferas governamentais na implantação da Vigilância Sanitária do SUS; há que se delinear e estimular a criação dos mecanismos adequados ao novo e importante papel dos órgãos regionais e centrais do sistema; quanto maior for a demora nesta reorientação,

maiores serão os prejuízos ao bom desempenho da nova Vigilância Sanitária.

Enfim, e encerrando, as contribuições ao estudo jurídico e político do tema "Vigilância Sanitária", evidentemente, não se esgotam no e com o presente trabalho, que pretende, contudo, constituir-se fundamentalmente num estímulo ao crescente aprofundamento da questão, sempre sob a égide da necessidade de se construir, no Brasil, uma Sociedade Desenvolvida, Justa e Democrática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Alcides. **Reforma constitucional: as emendas à Constituição de 1988 propostas pelo Governo; notas encaminhadas à comissão constituída na Secretaria da Justiça e Cidadania do Governo do Estado de Santa Catarina para estudos sobre a reforma constitucional.** Florianópolis: COTRAGEL, 1995. 108p.
- ACOSTA, Ruth T. Kehrig. **Aspectos de la operacionalización de la política de salud del Estado de Santa Catarina (BRASIL) , a nivel del DSP (Departamento Autônomo de Saúde Pública).** Santiago, Universidade do Chile, 1983. 232 p. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.
- ACQUAVIVA, Cláudio Marcus. Normas cogentes e normas de ordem pública. **Revista Literária de Direito.** São Paulo, n.3, p.25-28, jan./fev. 1995.
- ALCKMIN FILHO, Geraldo. Sessão de abertura. In: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL de SAÚDE, 6, 1989, Brasília, Anais...Brasília: Câmara dos Deputados, 1990. 289p. p. 21-23.
- ANAIS DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. Anais...Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 429p.
- ANAIS DO SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 6, 1989, Brasília. Anais... Brasília: Câmara dos Deputados. 1990. 289p.

- AROUCA, Sérgio (Expositor). Mesa redonda: SUS - função, organização e gestão. In: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 6, 1989, Brasília. Anais... Brasília: Câmara dos Deputados, 1990. 289p. p. 36-44, 59-62. Tema: Sistema Único de Saúde.
- ASSIS, Marluce Maria. Municipalização da saúde em Feira de Santana-BA: intenção ou realidade? In: **Saúde em Debate**. Londrina, n. 46, p. 62, mar. 1995. Resumo.
- BARACHO, José Alfredo de Oliveira. Processo e constituição: o devido processo legal. **Revista de Direito Público**. São Paulo, n. 68, p.55-79, out./dez. 1983.
- BENJAMIN, Antônio Herman V. **O código brasileiro de proteção do consumidor**. [São Paulo: s.n.], 1993. 24p. Datilogr. Trabalho apresentado no Asian Seminar On Consumer Law, Kuala Lumpur, International Organization of Consumers Unions, University of Malaya, 9-12 ago. 1993.
- BERLINGUER, Giovani, TEIXEIRA, Sonia Fleury, CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma Sanitária Itália e Brasil**. Trad. de Tânia Pellegrini. São Paulo: Hucitec, 1988. 207p.
- BIELSA, Rafael. **Derecho administrativo**. Buenos Aires, La Ley, 1965. t.1, 4.
- BOBBIO, Norberto, MATTEUCCI, Nicola, PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Trad. de Carmen C. Varrialle et al. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1991. 2.
- BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. Trad. de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 171p.
- _____. **O conceito de sociedade civil**. Trad. de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Graal, 1987. 77 p.
- BORGES FILHO, Nilson. **Os militares no poder**. São Paulo: Acadêmica, 1994. 176p.
- BOVA, Sérgio. Verbete: Polícia. In: BOBBIO, Norberto et al. **Dicionário de política**. Trad. de Carmen C. Varrialle et al. Brasília: UNB, 1991. v.1, p. 944-949.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988. 292p.
- _____. Constituição (1967). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 15.ed. com a red. dada pela Em. Cons. n.1, de 17.10.69. São Paulo, Atlas, 1981. 107p.
- BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. In: SISTEMA único de saúde; coletânea de atos em vigor pertinentes ao Sistema Único de Saúde. Porto Alegre, Conasems, Publicações Técnicas, nº 2, 3ª ed., s.d. p. 6-17. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

_____. Lei nº 8.142 de de 28 de dezembro de 1990. In: SISTEMA único de saúde; coletânea de atos em vigor pertinentes ao Sistema Único de Saúde. Porto Alegre, Conasems, Publicações técnicas, nº 2, 3ª ed., s.d. p.18-19. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

_____. Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990. In: OLIVEIRA, Juarez de (Org.). **Código civil**. 45 ed. São Paulo: Saraiva, 1994. p. 860-882. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

_____. Lei nº 6.437 de 20 de agosto de 1977. In: VIGILÂNCIA sanitária; coletânea de atos em vigor pertinentes à atual legislação sanitária. São Paulo, Organização Andrei, 1978. p.193-200. Configura as infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas e dá outras providências.

_____. Lei nº 8.212 de 24 de julho de 1991. **LEX**, São Paulo, n. 55, p.433-460, 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de custeio, e dá outras providências.

_____. Decreto nº 99.438 de 7 de agosto de 1990. In: SISTEMA único de saúde; coletânea de atos em vigor pertinentes ao Sistema Único de Saúde. Porto Alegre, Conasems, Publicações Técnicas, nº 2, 3ª ed., s.d. p. 20-22. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde.

_____. Decreto nº 1.232 de 30 de agosto de 1994. In: INCENTIVO à participação popular e controle social no SUS; textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1994. p. 93-95. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.

_____. Lei nº 2.312 de 3 de setembro de 1954. In: VIGILÂNCIA sanitária; coletânea de atos em vigor pertinentes à atual legislação sanitária. São Paulo, Organização Andrei, 1978. p. 283-286. Normas gerais sobre defesa e proteção da saúde.

_____. Decreto 49.974-A de 21 de janeiro de 1961. In: VIGILÂNCIA sanitária; coletânea de atos em vigor pertinentes à atual legislação sanitária. São Paulo, Organização Andrei, 1978. p. 286-300. Regulamenta, sob a denominação de Código nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de "Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde".

_____. Lei nº 6.229 de 11 de julho de 1974. **LEX**, São Paulo, n. 39, p. 427-431, 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

_____. Lei nº 5.823 de 14 de novembro de 1972. In: VIGILÂNCIA sanitária; coletânea de atos em vigor pertinentes à atual legislação sanitária. São Paulo, Organização Andrei, 1979. v.2, p. 195. Dispõe sobre a padronização, classificação, inspeção e registro de bebidas e dá outras providências.

_____. Decreto nº 73.267 de 06 de dezembro de 1973. In: VIGILÂNCIA sanitária; coletânea de atos em vigor pertinentes à atual legislação sanitária. São Paulo, Organização Andrei, 1979. v.2, p. 197-221. Regulamenta a lei nº 5.823/72.

_____. **Código de processo civil e legislação complementar**. 3. ed. rev. aum. atual. São Paulo, Sugestões Literárias, 1977. 501p.

BRASIL. Ministério da Agricultura. **Regulamento da inspeção industrial e sanitária de produtos de origem animal**. Brasília, 1980. 166p. Legislação inclusa: Lei nº 1.283 de 18 de dezembro de 1950. p. 3-5. Dispõe sobre a inspeção industrial e sanitária dos produtos de origem animal. Decreto nº 30.691 de 29 de março de 1952. p. 6-160. Aprova o novo regulamento da inspeção industrial e sanitária de produtos de origem animal. Lei nº 5.760 de 3 de dezembro de 1971. p. 162. Dispõe sobre a inspeção sanitária e industrial dos produtos de origem animal e dá outras providências. Decreto nº 73.116 de 8 de novembro de 1971. p. 163-164. Regulamenta a Lei nº 5.760 de 3 de dezembro de 1971, e dá outras providências. Decreto nº 78.713 de 11 de novembro de 1966. p. 165. Regulamenta a Lei nº 6.275 de 1º de dezembro de 1975, que acrescenta parágrafo único ao artigo 3º da Lei nº 5.760 de 3 de dezembro de 1971 e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de referências para o controle social: manual do conselheiro**. Brasília, 1994. 90p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Brasília, 1987. 49p.

BURKE, Peter. As cidades-estados. In: HALL, John A. **Os estados na história**. Trad. de Paulo Vaz et al. Rio de Janeiro: Imago, 1992. p. 205-228.

CAETANO, Marcelo. **Manual de direito administrativo**. Rio de Janeiro: Forense, 1970. 2v.

CAMPELLO, Manoel Netto Carneiro. **Direito romano**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1914. 2v.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A reforma sanitária necessária. In: BERLINGUER, G. **Reforma sanitária Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1988. p.179-194.

CARBONNIER, Jean. **Sociologia jurídica**. Trad. de Diogo Leite de Campos. Coimbra: Almedina, 1979. 462p.

CARVALHO, Gilson. A implantação do Sistema Único de Saúde: nós críticos a nível estadual. **Saúde em Debate**. Londrina, n. 45, p. 4-8, dez. 1994.

CARVALHO, Guido Ivan de, SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90)**. São Paulo: Hucitec, 1992. 370p.

CAVALCANTI, Themistocles Brandão. **Tratado de direito administrativo**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, s.d. 6v.

CHAPECÓ. Leis, decretos, etc. Lei nº 3496 de 30 de outubro de 1992. In: CHAPECÓ. Secretaria Municipal da Saúde, org. **Legislação sanitária de Chapecó**. Chapecó, 1993. p. 73-93. Dispõe sobre normas de saúde em vigilância sanitária, estabelece penalidades e dá outras providências.

_____. Leis, decretos, etc. Decreto nº 3064 de 11 de junho de 1993. In: CHAPECÓ. Secretaria Municipal da Saúde, org. **Legislação sanitária de Chapecó**. Chapecó, 1993. p. 1-73. Dispõe sobre regulamentação das normas de saúde em vigilância sanitária e dá outras providências.

CHÂTELET, François, DUHAMEL, Olivier, PISIER-KOUCHNER, Evelyne. **História das idéias políticas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1990. 399p.

CONCLUSÕES DO GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL PARA RACIONALIZAÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE E MELHORIA DO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO. **Saúde em Debate**. Londrina, n. 43, p. 85-88, jun. 1994.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL de SAÚDE, 1, 1995, Florianópolis. **Documento preparatório...** Florianópolis: Prefeitura Municipal/Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social, 1995.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL de SAÚDE, 1, 1995, Florianópolis. **Relatório final...** Florianópolis, 1995.

CONFERÊNCIA NACIONAL de SAÚDE, 8, Brasília, 17-21 mar. 1986. **Anais...** Brasília, Ministério da Saúde, 1987. 429p.

CORDÓN, Jorge. Participação comunitária nos conselhos locais de saúde: dificuldades. **Divulgação em Saúde para Debate**. Londrina, n. 11, p. 45-47, set. 1995.

COSTA, Nilson do Rosário. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. **Saúde em Debate**. Londrina, n. 45, p. 23-29, dez. 1994.

COUTINHO, Carlos Nelson. **A democracia como valor universal: e outros ensaios**. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984. 203p.

_____. **Gramsci: um estudo sobre o seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Campus, 1989. 142p.

CRETELLA JÚNIOR, José. **Tratado de direito administrativo: polícia administrativa**. Rio de Janeiro: Forense, 1968. v 5, 5.

_____. **Curso de direito administrativo**. Rio de Janeiro: Forense, 1981. 717 p.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Apresentação. In: CARVALHO, Guido Ivan de, SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90)**. São Paulo: Hucitec, 1992. p.9-12.

- _____. **Elementos de teoria geral do Estado**. São Paulo: Saraiva, 1995. 260p.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. **Municipalização dos serviços de saúde**. São Paulo: Brasiliense, 1985. 104p.
- _____. Descentralização versus municipalização. **Saúde em debate**. Brasília, n. 35, p. 39-42, 1992.
- DIAS, Hélio Pereira. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos, aprovados pelo Governo Federal em matéria de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL de SAÚDE, 6, Brasília, 1-5 ago. 1977. *Anais...* Brasília, Ministério da Saúde, 1977. p. 103-132.
- _____. **Direito de Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação SESP, 1979. 349p.
- _____. **Teoria e prática do processo administrativo sanitário**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. 97p.
- DONNANGELO, Maria Cecília. Apresentação. In: LUZ, Madel Terezinha. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 295p.
- ENTERRÍA, Eduardo Garcia de, FERNÁNDEZ, Tomás-Ramón. **Curso de derecho administrativo**. Madrid: Editorial Civitas, 1981. t.1, 710p.
- FERREIRA, Pinto. **Manual de direito constitucional**. Rio de Janeiro: Forense, 1992. 464p.
- FERRIL, Arther. **A queda do império romano: a explicação militar**. Trad. de Octavio Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1989. 178p.
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O papel das equipes de saúde na advocacia em saúde. **Saúde em Debate**. Londrina, n. 45, p. 47-52, dez. 1994.
- FLORIANÓPOLIS. Leis, decretos, etc. **Lei nº 4.565 de 19 de dezembro de 1994**. Florianópolis, s.d. 24p. datilogr. Dispõe sobre normas relativas à saúde e à vigilância sanitária no Município de Florianópolis e estabelece penalidades.
- _____. Prefeitura Municipal. **Lei n. 1246**. Institui o código de obras e edificações do município de Florianópolis. Florianópolis, 1974.
- _____. Prefeitura Municipal. **Lei n. 1224**. Institui o código de posturas municipal. Florianópolis, 1974.
- FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social. **Vigilância Sanitária. Boletim de atividades**. Florianópolis, 20 jun. 1995. Resp. pelos dados Mara Regina Moreira de Amorim e Cláudio Soares da Silveira.

- FLORIANÓPOLIS. Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social. Núcleo de Planejamento e Informação. **Plano municipal de saúde - 1993-1997**. Florianópolis, 1993. 238p.
- FORATTINI, Oswaldo P. **Epidemiologia geral**. São Paulo: Artes Médicas, 1980. 259 p.
- GORDILLO, Agustín A. **Tratado de derecho administrativo**. Buenos Aires: Ediciones Macchi, 1974. t. 1, 11 cap.
- GOZZI, Gustavo. Estado contemporâneo. In: BOBBIO, Norberto et al. **Dicionário de política**. Trad. de Carmen C. Varrialle et al. Brasília: UnB, 1991. p.401-409.
- GRILLO, Vera. Reflexões sobre a teoria da separação dos poderes e a hegemonia do poder executivo. **Seqüência**. Florianópolis, n. 24, p. 25-35, set. 1992.
- HALL, John A. (Org.). Introdução. In: HALL, John A. **Os estados na história**. Trad. de Paulo Vaz, Almir Nascimento e Roberto Brandão. Rio de Janeiro: Imago, 1992. p.7-35. 458p.
- HANLON, John J. **Principios de administracion sanitaria** Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1963. 751p.
- HENRIQUE, João. **Direito romano**. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1938. 307p.
- INOJOSA, Rose Marie. A municipalização nos sistemas unificados e descentralizados de saúde (SUDS). **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, n. 4, p. 26-45, ago./out. 1990.
- IHERING, Rudolf von. **O espírito do direito romano**. Trad. de Rafael Benaion. Rio de Janeiro: Calvino Filho, 1934. v.1. 320p.
- JACOBI, Pedro. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. In: CONFERÊNCIA NACIONAL de SAÚDE, 9, Brasília, 1992. Cadernos... Brasília: Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, 1992. v. 1, p. 113-120.
- LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, nº 1/3, p. 41-59, 1994.
- LAURENTI, Ruy, JORGE, Maria Helena Prado de Mello, LEBRÃO, Maria Lúcia, GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. **Estatísticas de saúde**. São Paulo: EPU, 1985. 186p.
- LEFORD, Claude. **A invenção democrática: os limites do totalitarismo**. Trad. de Isabel Marva Loureiro. São Paulo: Brasiliense, 1987. 247p.
- LUZ, Madel Terezinha. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 295p.
- MACKELDEY, F. **Elementos del derecho romano**. Madrid: Leocadio López, 1886. 530p.

- MARQUES, José Frederico. **Instituições de direito processual civil**. Rio de Janeiro: Forense, 1971. 5v.
- MAYNS, Charles. **Cours de droit romain**. Bruxelas: Bruylant, 1891. v.1. 3.
- MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1986. 705p.
- MELO, Osvaldo Ferreira de. **Fundamentos da política jurídica**. Porto Alegre: Sérgio Fabris Editor, 1994. 136p.
- MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de direito administrativo**. São Paulo: Malheiros, 1994. 527p.
- MERQUIOR, José Guilherme. Padrões de construção do Estado no Brasil e na Argentina. In: HALL, John A. **Os Estados na história**. Trad. de Paulo Vaz et al. Rio de Janeiro: Imago, 1992. p. 386-421.
- MERTHY, Emerson Elias. Ineficiência do setor público. **Saúde em Debate**. Londrina, n. 35, p. 46-50. jul. 1992.
- MOLITA, Ione, FIGUEREDO, Maria do Socorro, SILVA, Remédios Mira Fernandes da. A participação popular na gerência do Sistema Único de Saúde: erros e acertos da experiência de Botucatu-SP. **Divulgação em Saúde para Debate**. Londrina, n. 11, p. 32-34, set. 1995.
- MOURA, Demócrito. **Saúde não se dá: conquista-se**. São Paulo: Hucitec, 1989. 225p.
- MULLER NETO, Júlio S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. In: CONFERÊNCIA NACIONAL de SAÚDE, 9, Brasília, 1992. Cadernos... Brasília: Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, 1992. v.1, p.43-59.
- NOVAES, H. Maria Dutilh. Desenvolvimento científico e tecnológico em saúde: ciência, tecnologia, política, economia e saúde: uma perspectiva internacional. **Saúde em Debate**. Londrina, n. 46, p. 34-43, mar. 1995.
- PARKER, Phyllis R. **1964: o papel dos Estados Unidos no golpe de estado de 31 de março**. Trad. de Carlos Nayfeld. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977. 141p.
- PASOLD, Cesar Luiz. **Da função social do Estado contemporâneo ao estudo político e jurídico de um de seus segmentos: a saúde pública**. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1983. 213p. Tese de Doutorado em Direito.
- _____. **Função social do estado contemporâneo**. Florianópolis: Estudantil, 1988. 103p.
- _____. **Parecer**. Projeto de lei municipal que dispõe sobre vigilância sanitária no município de Itajaí. Florianópolis, mar. 1993. 28p.

- _____. A função social do estado contemporâneo e o poder judiciário. **Álter Ágora**. Florianópolis, n.3, p. 25-29, set. 1995.
- PEIXOTO, Heloisa Côrtes Gallotti. **Estatísticas de mortalidade: contribuição para o diagnóstico de saúde**. Florianópolis: [s.n.] [1995?] 18p. Datilogr.
- PILATI, José Isaac. **O processo administrativo sanitário na Federação brasileira**. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1989. 260p. Dissertação de Mestrado em Direito.
- POSSAS, Cristina. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989. 271p.
- POULANTZAS, Nicos. **O estado, o poder, o socialismo**. Trad. de Rita Lima. Rio de Janeiro: Graal, 1981. 307p.
- RIBEIRO, Maria Alice R. **História sem fim...: inventário da saúde pública. São Paulo - 1880-1930**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993. 270p.
- RIVERO, Jean. **Direito administrativo**. Trad. de Rogério Ehrhardt Soares. Coimbra: Almedina, 1981. 582p.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Nordeste. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: 1994. 95p. p.7-17.
- ROSAS, Eric Jenner. A vigilância sanitária em crise: um depoimento. **Saúde em debate**. Londrina, n. 45, p.59-64, dez. 1994.
- ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Trad. de Marcos Fernandes da Silva Moreira et al. São Paulo: UNESP, 1994. 423p.
- SANTA CATARINA. Leis, decretos, etc. **Lei nº 6.320 de 20 de dezembro de 1983**. Florianópolis, DSP, s.d. 23p. Dispõe sobre normas gerais de saúde, estabelece penalidades e dá outras providências.
- _____. **Decreto nº 23.663 de 16 de outubro de 1984**. Florianópolis, DSP, s.d. 18p. Regulamenta os artigos 51 a 76 da lei nº 6.320, de 20 de dezembro de 1983, que dispõe sobre normas gerais de saúde, estabelece penalidades e dá outras providências.
- _____. **Decreto nº 4.323 de 8 de março de 1994**. In: PLANO estadual de saúde. Florianópolis, 1994. Não paginado. Aprova o plano estadual de saúde.
- _____. Secretaria da Saúde. Departamento Autônomo de Saúde Pública. Portaria nº 001/84/GT de 02 de fevereiro de 1983. **Diário Oficial do Estado**, Florianópolis, 10 fev. 1984. n. 12.401.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Assuntos Ambulatoriais. Gerência de Descentralização das Unidades Laboratoriais. **Municipalização da saúde: plano municipal de saúde, programação e orçamentação em saúde.** Florianópolis, 1993. Caderno 1, 62p.

_____. Secretaria da Saúde. **Convênio entre a Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina e o município de Florianópolis, objetivando a fixação de parâmetros, atribuições e responsabilidades, no processo de municipalização da vigilância sanitária, nos termos da lei federal nº 8.080/90.** Florianópolis, 21 nov. 1994.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Regionalização da saúde: a descentralização técnico-administrativa da saúde no Estado de Santa Catarina.** Florianópolis, 1993. Caderno 2, 76p.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Plano estadual de saúde - SUS.** [Florianópolis], 1994. 298p.

SCHIESARI, Nelson. **Direito administrativo.** São Paulo: Coletânea Atualização Jurídica, 1977. 283p.

SEIXAS, José Carlos. Interiorização dos serviços de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL de SAÚDE, 6, Brasília, 1-5 ago. 1977. Anais... Brasília, Ministério da Saúde, 1977. p.137-154.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina.** São Paulo: Brasiliense, 1984. 93p.

SILVA, Guilherme Rodrigues da. Conferência sobre política nacional de saúde. In: CONGRESSO PAULISTA de SAÚDE PÚBLICA, 2; CONGRESSO NACIONAL da ABRASCO, 1, São Paulo, 17-21 abr. 1983. Anais... São Paulo, [s.n.] [1983?]. p. 8-20.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1987. 650p.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no serviço social.** Florianópolis: UFSC, 1995. 281.

SINGER, Paul, CAMPOS, Osvaldo, OLIVEIRA, E.M. de. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Forense, Universitária, 1981. 166p.

SMILLIE, Wilson G. **Medicina preventiva e saúde pública.** Trad. Almir de Castro et al. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Higiene, 1950. 632p.

SOUSA, Fernando Ponte de. O fascínio do liberalismo. **Boletim Apufsc.** Florianópolis, 12 a 16 junho, 1995. p.4.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Municipalização**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL de SAÚDE, 9, Brasília, 1992. Cadernos... Brasília: Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, 1992. v.1, p. 27-37.

_____. **O dilema da reforma sanitária brasileira**. In: BERLINGUER, G. **Reforma sanitária Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1988. p.195-207.

TIGAR, Michael E., LEVY, Madeleine R. **O direito e a ascensão do capitalismo**. Trad. de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 325p.

VERONESE, Josiane Rose Petry. **O acesso à justiça como exercício da cidadania**. **Álter Ágora**. Florianópolis, n. 3, p. 20-24, set. 1995.

VIANNA, Solon Magalhães. **A descentralização tutelada**. **Saúde em Debate**. Londrina, n. 35, p. 35-38, jul. 1992.

WOLKMER, Antônio Carlos. **Pluralismo jurídico: o espaço de práticas sociais participativas**. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992. 2v. Tese de Doutorado em Direito.

WOLKMER, Maria de Fátima. **A função jurisdicional frente ao controle e a participação democrática**. **Álter Ágora**. Florianópolis, n. 2, p. 46-50, nov. 1994.