

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política**

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS EM
FLORIANÓPOLIS - 1989-1994**

Silvana Maria Pereira

Florianópolis, agosto de 1997.

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política**

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS EM FLORIANÓPOLIS - 1989-1994

Silvana Maria Pereira

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do Grau de Mestre em Sociologia Política, sob a orientação da Prof^a Dr^a Luzinete Simões Minella.

Florianópolis, agosto de 1997.

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política**

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS EM FLORIANÓPOLIS - 1989-1994

Silvana Maria Pereira

Banca Examinadora:

**Profa. Dra. Luzinete Simões Minella
Orientadora**

**Profa. Dra. Soraya Maria Vargas Cortês
Membro**

**Prof. Dr. Erni José Seibel
Membro**

**Profa. Dra. Júlia Silvia Guivant
Suplente**

Florianópolis, agosto de 1997.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	V
SIGLAS.....	VI
RESUMO.....	X
ABSTRACT.....	XI
INTRODUÇÃO: OBJETIVO E JUSTIFICATIVA.....	1
I. REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
1 - PODER, POLÍTICA E ESTADO:.....	7
2- NEOLIBERALISMO, POLÍTICAS SOCIAIS E PARTICIPAÇÃO:.....	24
II. METODOLOGIA.....	34
III. HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	39
IV. O MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS E A QUESTÃO DA SAÚDE.....	56
1 - CONHECENDO UM POUCO DA HISTÓRIA:.....	56
2 - SITUAÇÃO GEOGRÁFICA:.....	59
3 - CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO - QUANTOS SÃO E COMO VIVEM:.....	60
4 - SAÚDE - AS DOENÇAS QUE ACOMETEM E MATAM A POPULAÇÃO:.....	64
5 - A ESTRUTURA DA REDE DE SERVIÇOS:.....	69
V - A ATUAÇÃO DO PODER LEGISLATIVO.....	78
1 - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:.....	83
2 - CONVÊNIO SUS/SC - 01/91 - PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS E GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA:.....	90
3 - REMANEJAMENTO DE VAGAS EXISTENTES NO QUADRO DE PESSOAL CIVIL:.....	92
4 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS:.....	93
5 - CRIAÇÃO DE VAGAS E FUNÇÕES GRATIFICADAS:.....	95
VI - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: REPRESENTAÇÃO E REESTRUTURAÇÃO.....	109
VII - O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO: ANÁLISE DA GESTÃO LOCAL.....	131
1 - O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE:.....	132
2 - UNIMED - UM MODELO DE COOPERATIVA MÉDICA:.....	144
3 - OUTRAS EXPERIÊNCIAS DE IMPLANTAÇÃO DO SUS NO PAÍS:.....	152
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	165

AGRADECIMENTOS

Para Luzinete, pela sua paciência para entender todos os conflitos pessoais e ser muito mais do que meramente orientadora.

Para Albertina e Fátima, pela delicadeza e presteza com que sempre me atenderam na secretaria do curso.

Para os funcionários do GAPLAN, Câmara de Vereadores e Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, pela presteza em colaborar na coleta de dados.

Para Eliane, Ernesta e Lúcia, chefes de enfermagem do Hospital Universitário e que deram seu apoio em todos os momentos.

Para Zeca, Rita, Eliane, Francine e Beatriz pela cumplicidade vivenciada no HU.

Para os amigos do MAI-Movimento Alternativa Independente da UFSC, com os quais compartilho uma experiência e um sonho de democracia e liberdade.

Para todos os meus amigos espalhados pelo Brasil afora, e que têm contribuído para acreditar que é possível viver num mundo mais solidário e feliz.

Para Ana Maria, Denise e Jadete, amigas de hoje e sempre, e em especial Eliane para quem não tenho palavras para expressar meu sentimento de amor.

Para minha família, em especial Cesar, Ana Maria e Oscar, pelo carinho incondicional.

Para o Zé, companheiro que cruzou o meu caminho nesse processo e com quem tenho vivenciado toda intensidade da minha paixão.

E por fim, para o seu Oscar e dona Cila, com quem aprendi a amar e respeitar e que contribuíram decisivamente na formação do meu caráter. AMO VOCÊS!

SIGLAS

ABEn-SC	Associação Brasileira de Enfermagem - Seção de Santa Catarina
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ACASP	Associação Catarinense de Saúde Pública
ACM	Associação Catarinense de Medicina
ADESC	Associação dos Diabéticos de Santa Catarina
AFLOV	Associação Florianopolitana de Voluntários
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
APUFSC	Associação Professores da Universidade Federal de Santa Catarina
ARENA	Ação Renovadora Nacional
CAP's	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CASAN	Companhia Catarinense de Águas e Saneamento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CF	Constituição Federal
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CISAT	Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador
CIS-SSDS	Central de Informação em Saúde- Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social

CMCF	Conselho Municipal da Condição Feminina
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
COHAB	Companhia de Habitação do Estado de Santa Catarina
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
COREn	Conselho Regional de Enfermagem
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CRM	Conselho Regional de Medicina
CS	Centro de Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DIAP	Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar
DSP	Departamento Autônomo de Saúde Pública
EBR	Economias de Baixa Renda
ECM	Economias de Mercado Consolidadas
ERM	Economias de Renda Média
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FG	Função Gratificada
FHSC	Fundação Hospitalar de Santa Catarina
FMS	Fundo Municipal de Saúde
GAPLAN	Gabinete de Planejamento
GEINF	Gerência de Informática
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensão da Indústria
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

IPADESC	Instituto de Previdência da Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina
IPUF	Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MEC	Ministério da Educação
MEDSAN	Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares
MI	Ministério do Interior
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTb	Ministério do Trabalho
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONG's	Organizações Não Governamentais
OP	Orçamento Participativo
PAM	Postos de Assistência Médica
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PDC	Partido Democrático Cristão
PDS	Partido Democrático Social
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PEA	População Economicamente Ativa
PFL	Partido da Frente Liberal
PL	Partido Liberal
PL	Projeto-de-lei
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PMN	Partido da Mobilização Nacional
PPB	Partido Progressista Brasileiro

PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRN	Partido da Renovação Nacional
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSD	Partido Social Democrata
PSDB	Partido da Social-Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PV	Partido Verde
SEEB	Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
SIMESC	Sindicato dos Médicos de Santa Catarina
SINDPREVS	Sindicato dos Trabalhadores na Previdência Social
SINERGIA	Sindicato dos Trabalhadores em Indústrias de Energia Elétrica de Florianópolis
SINTUFSC	Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Santa Catarina
SMSDS	Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UDN	União Democrática Nacional
UFECO	União Florianopolitana de Entidades Comunitárias
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIMED	Cooperativa de Trabalho Médico.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar o processo de implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, no município de Florianópolis-SC, durante o período de 1989 até 1994, identificando o posicionamento dos poderes executivo e legislativo municipal e a construção do processo de controle social, seja através da criação do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde.

A metodologia baseou-se na abordagem qualitativa, adotando o instrumento do estudo de caso, numa perspectiva histórica. Para coleta de dados, como fontes primárias, foram intencionalmente escolhidos os Secretários Municipais de Saúde para serem entrevistados, além de um vereador responsável por apresentar um projeto de lei. Como fontes secundárias, foram utilizados documentos organizacionais. O tratamento dos dados utilizou-se da técnica de análise de conteúdo.

A conclusão permitiu uma visão global do processo de implantação do SUS, do ponto de vista político, a partir das relações estabelecidas entre as diversas instâncias do poder municipal. A partir do comportamento dos partidos políticos conservadores, tanto no Executivo quanto no Legislativo Municipal, percebe-se a necessidade de ampliar a base social de apoio ao SUS, para implantar as mudanças estruturais necessárias a sua consecução, e também as contradições entre sua filosofia e o modelo neoliberal que vem sendo implantado no país.

ABSTRACT

This research aimed the implantation analysis of the Unified Health System (SUS) of the city of Florianópolis - Santa Catarina from 1989 to 1994 by identifying the position of executive and legislative branch of the government and the social control building process through the Municipal Health Council and the Municipal Health Fund.

The methodology is based on the qualitative approach, by adopting notarized document in a historical view. For the data assessment, as a primary source, the Municipal Health Secretaries and a Councilman responsible for presenting a bill were deliberately chosen. As secondary sources established documents were used. For the data assessment the technique of content analysis was applied.

The conclusion allowed a global perspective of Unified Health System (SUS) implantation process in the political point of view from the established relations among the various instances of the municipal branch. A conservative behavior was detected in the political parties in the executive as well as the legislative branch. Therefore the necessity of enlarging the supporting social basis to the SUS was felt to establish the necessary structural changes to its attainment and to the contradiction between the philosophy and the neoliberal model which has been adopted in the country.

INTRODUÇÃO: OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Este trabalho tem como objetivo analisar o processo de implantação dos Sistema Único de Saúde - SUS, no município de Florianópolis, durante o período de 1989 até 1994.

Nas últimas décadas, o setor de saúde no Brasil passou por mudanças significativas com a redefinição do papel dos setores público e privado no sistema de atenção à saúde, e com a descentralização de sua gestão para os âmbitos estadual e municipal.

Esta reorientação consolidou-se com a criação do SUS aprovada na Constituição Federal em 1988, e regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8080/90).

Conforme análise de Feliciello (1992), o SUS propõe alterar as práticas das organizações públicas de saúde e inová-las mudando a sua lógica. Dentre suas diretrizes, citamos:

- a) a saúde como direito de cidadania e dever do Estado;
- b) a constituição do SUS é composta pelas instituições públicas, e em caráter complementar, pelas instituições filantrópicas e pelo setor privado conveniado;
- c) a organização do SUS se dá com base nos seguintes princípios:
 - universalidade do atendimento: entendida como garantia de acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde, sem nenhuma discriminação de natureza econômica, geográfica ou burocrático-institucional;
 - equidade de acesso: deve ser provida de forma igualitária, assegurando ações e serviços em todos os níveis de complexidade;
 - atenção integral à saúde: é o reconhecimento da unicidade do indivíduo que deve ser visto como um todo e não apenas como um órgão doente, considerando-se as ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
 - regionalização: contempla a organização dos serviços de saúde nos diversos níveis de assistência de modo a assegurar a suficiência de atendimento em nível das regiões do município;

- hierarquização: composição da rede por serviços de vários níveis de complexidade tecnológica, na qual o acesso da população deve se dar por meio dos serviços menos complexos (porta de entrada), que encaminharão para os demais níveis, quando necessário, (referência) e receberão de volta (contra referência);
 - descentralização: redistribuição das responsabilidades sobre ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo;
 - participação: representação orgânica da população no processo de planejamento e gestão do sistema;
 - integração com outras políticas sociais que visem à melhoria das condições de vida e saúde;
- d) gerenciamento do SUS com definição das competências do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde estabelecidas em lei;
- e) financiamento com recursos da Seguridade Social e outras fontes, repassados através de critérios epidemiológicos e populacionais, constituindo-se fundos únicos de saúde fiscalizados pelos conselhos de saúde;
- f) planejamento e orçamento do SUS ascendente do nível local para o federal.

Ainda citando Feliciello (1992), o modelo assistencial deve conter estratégias para:

- o cumprimento da Constituição Federal, Leis Orgânicas de Saúde, Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais;
- o município deve ser o gestor do sistema local de saúde com autonomia político-financeira;
- o gerenciamento com participação dos usuários, dos técnicos e dos prestadores de serviço, de forma democrática e não clientelista;
- o aumento dos recursos destinados à saúde pelas 3 esferas do governo;
- o compromisso das instituições do SUS com a melhoria da saúde da população;
- participação ampla da sociedade no controle e avaliação dos gastos e dos serviços oferecidos.

O processo de mudança para implantação do SUS necessita do compromisso das organizações públicas de saúde e de seus dirigentes. Há de se ter a vontade política de mudar, com a articulação entre os diversos atores organizacionais e sociais que devem assumir o papel de sujeitos no processo.

Mas não é isso que o processo histórico-social da nossa sociedade nos apresenta, ao contrário, o serviço público é refratário a mudanças, pois essas ameaçam seu cotidiano e as posições ocupadas em seu interior (Junqueira, 1992).

Nesse sentido, a escolha deste tema se justifica em função da necessidade de análise do processo de implantação do SUS, tentando preencher “a lacuna de estudos de natureza mais micro, que desvelem o cotidiano da relação da população com os serviços de saúde, sua representação sobre necessidades de saúde, e como estas se traduzem em demandas” (Cohn, 1992:09). A garantia da constituição da saúde como direito do cidadão passa pelo âmbito do poder local, mais próximo das demandas das necessidades da população.

Conforme o exposto acima, esta dissertação tem como universo o município de Florianópolis - SC, e pretende analisar o processo de implantação do SUS no período de 1989/94, ou seja, desde a promulgação da Constituição Federal até recentemente. A escolha deste período, ocorre em função do seu significado histórico e da constituição legal do SUS, ou seja, este torna-se parte da lei maior do país e não apenas uma proposta de um grupo de técnicos comprometidos com a Reforma Sanitária. Inicia-se com o ano civil pela facilidade de coleta de dados no que se refere a vários indicadores demográficos e de saúde.

O primeiro capítulo trata do referencial teórico adotado para a realização deste trabalho. A discussão é realizada em 2 momentos: primeiramente serão abordados os conceitos de poder, política e Estado.

Utiliza-se o enfoque estratégico do planejamento em saúde de Mário Testa, o qual defende que para mudar o social, “é necessário pensar a questão do poder” (Testa, citado por Giovanella, 1990:132) e para chegar à essência do poder, é necessário discutir política e Estado.

A relação entre política e estratégia baseia-se no pensamento de Testa, tendo em vista sua abordagem relacionada à política de saúde. O conceito de poder, além das idéias desse autor, conta ainda com a contribuição de Bobbio.

Duas teorias são utilizadas para a interpretação do papel do Estado: o liberalismo e o marxismo, cujos pressupostos são identificados por Fleury. O critério histórico exposto por Bobbio é utilizado, num momento inicial, para situar o surgimento do Estado e suas formas distintas em diferentes épocas e sociedades. Este enfoque é complementado por Offe, devido a sua contribuição com a definição do caráter de classe do Estado baseado na seletividade estrutural; Poulantzas, pela sua compreensão das relações de classe e entre frações de classe no interior do Estado; Gramsci em função do conceito de hegemonia e concepção ampliada de Estado; e finalmente Fleury, cujo significado de Estado diz respeito à heterogeneidade das suas funções.

Num segundo momento, analisa-se sinteticamente neoliberalismo, políticas sociais e participação. Com o projeto neoliberal ocupando o cenário político, coloca-se a necessidade de explicitar conceitos como neoliberalismo, segundo Draibe; políticas sociais conforme Demo; e participação definida por Jacobi, utilizando-se também o conceito de cidadania de Marshall e sua relação com democracia realizada por O'Donnell.

Há portanto necessidade de aprofundar a compreensão do papel do Estado na formulação de políticas públicas, e também o papel dos movimentos sociais como agentes capazes de ampliar a conquista da cidadania.

Com base neste referencial teórico, busca-se atender tanto ao objetivo geral desta pesquisa, quanto aos específicos. O objetivo geral dessa pesquisa é analisar o processo de implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, durante o período de 1989 a 1994, identificando o posicionamento dos poderes executivo e legislativo municipal e a construção do processo de controle social, seja através da criação do Conselho Municipal de Saúde como também do Fundo Municipal de Saúde.

Como objetivos específicos citamos:

- 1-) Elaborar histórico do SUS, situando-o entre as políticas nacionais de saúde já adotadas;
- 2-) Caracterizar o município de Florianópolis, nos seus aspectos histórico, geográfico, demográfico e de saúde;

- 3-) Analisar as leis aprovadas na Câmara de Vereadores de Florianópolis, no âmbito da saúde, comparando-as com os princípios do SUS;
- 4-) Identificar e analisar a criação, composição e atuação do Conselho Municipal de Saúde;
- 5-) Descrever a criação e implantação do Fundo Municipal de Saúde e identificar os investimentos do poder municipal;
- 6-) Identificar a representação do setor privado no município e sua força política;
- 7-) Identificar os secretários municipais de saúde, enquanto técnicos em postos-chave de decisão e implementação das políticas de saúde, analisando sua posição frente à municipalização e aos princípios do SUS.

Como o período histórico que esse trabalho abrange compreende duas administrações municipais ideologicamente distintas, é importante verificar seus compromissos políticos dessas com a construção do SUS. Assim, num momento inicial (1989/91) analisa-se a gestão “União por Florianópolis”, encabeçada por Amin/Bulcão Viana, que foi hegemonizada por partidos políticos tradicionalmente conservadores e de direita (PPB e PFL). Num segundo período (1992/94) analisa-se a gestão municipal da “Frente Popular”, encabeçada por Grando/Afrânio (PPS/PT), uma coligação de vários partidos progressistas e de esquerda.

O capítulo II trata da metodologia utilizada para a realização do presente trabalho, bem como descreve resumidamente as fontes dos dados coletados.

O capítulo III trata do histórico das políticas de saúde no Brasil, iniciando com o relato do surgimento das primeiras Santas Casas realizado por Pires, analisando a relação entre a Igreja e o Estado com base em Landim, que aborda as entidades sem fins lucrativos, as quais atuam na área da saúde. A evolução do sistema de saúde brasileiro é abordada de acordo com o ponto de vista de Mendes, a partir do modelo do sanitarismo campanhista no início do século, passando pelo modelo médico-assistencial privatista até o projeto neoliberal.

O capítulo IV caracteriza o município de Florianópolis, situando-o histórica e geograficamente, baseando-se em dados demográficos para relacionar os indicadores sócio-econômicos. Tais procedimentos permitem uma apresentação

mais clara do quadro da saúde, que contempla vários indicadores e a situação da rede de serviços.

O capítulo V refere-se à atuação do Poder Legislativo, contendo o processo de tramitação e aprovação das seguintes medidas: criação do Conselho Municipal de Saúde e sua posterior reformulação; remanejamento de vagas no quadro de pessoal da área da saúde; vigilância sanitária; criação de vagas e dos cargos de coordenadores dos centros de saúde, além de decreto legislativo que aprovou o convênio SUS.

O capítulo VI resgata a organização e atuação do Conselho Municipal de Saúde em dois momentos distintos: o período inicial com sua representação organizada através do zoneamento administrativo do município, e o momento posterior quando a sua representação se deu de forma paritária entre os usuários e prestadores de serviço.

O capítulo VII aborda o processo de municipalização, destacando a questão do financiamento e a constituição do Fundo Municipal de Saúde. Paralelamente, é abordado o modelo da UNIMED, enquanto cooperativa médica considerada um dos exemplos de organização dos serviços de saúde do subsistema de atenção médica supletiva. Além disso, relaciona-se brevemente algumas experiências de implantação do SUS, em algumas cidades brasileiras.

Finalmente, são apresentadas as considerações finais, comparando-se o processo de implantação do SUS em Florianópolis, com aquele ocorrido em outros municípios, as perspectivas em relação à municipalização e os desafios frente ao projeto neoliberal.

I. REFERENCIAL TEÓRICO

A análise do tema dessa dissertação tem como primeiro pressuposto, o reconhecimento do princípio defendido na Constituição Federal de 1988, segundo o qual “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas...”, ou seja, um direito de cidadania .

O segundo pressuposto baseia-se no enfoque estratégico do planejamento em saúde introduzido por Testa, com o entendimento de que para efetivar mudanças sociais na área da saúde, incluindo aí mudanças de modelo e prática assistencial, objetivando alcançar o máximo de liberdade a cada ação realizada, deve-se considerar a presença de forças sociais com interesses e visões diferenciadas da situação a ser planejada, devendo fazer parte a análise e construção da viabilidade política. Segundo o autor, é impossível , no entanto, mudar a forma de planejar sem mudar o poder.

Esses dois pressupostos levam à discussão dos conceitos de poder, política e Estado.

1 - Poder, Política e Estado:

Esses conceitos têm sido tema de muitos estudos, e no campo da sociologia muitos autores têm-se debruçado sobre eles, inclusive com visões diferenciadas.

A escolha de Testa justifica-se porque o autor, ao discutir política de saúde, vai além do seu sentido tradicional, que significa fazê-lo apenas no âmbito da saúde, mas abrange o conjunto social.

Inicialmente serão tratados os conceitos de política e estratégia segundo Testa; o conceito de poder, utilizando-se além das idéias deste autor, também de Bobbio à medida em que os dois o compreendem enquanto relação entre sujeitos.

Com base no entendimento de que poder relaciona-se com Estado, fiz a escolha de 2 grandes teorias de interpretação do papel do Estado: liberalismo e marxismo, cujos pressupostos básicos são identificados por Fleury.

Alguns autores contemporâneos também foram escolhidos por sua contribuição à discussão do pensamento marxista: Offe com a definição do caráter de classe do Estado baseado na seletividade estrutural; Poulantzas polemizou com a compreensão de relação de força entre classes e frações de classe no interior do Estado; Gramsci com sua concepção ampliada do Estado e conceito de hegemonia; finalmente Fleury com seu conceito de Estado.

A definição utilizada por Testa, estabelece umnexo claro entre os problemas sociais e setoriais, diferenciando a categoria social, com caráter analítico, da categoria setorial, com caráter operativo. Como consequência, a definição de política ultrapassa a esfera setorial ao referir-se diretamente a “uma das categorias analíticas centrais da dinâmica social nos países capitalistas subdesenvolvidos e dependentes, que é o poder” (Testa, 1995:23).

Nesse sentido, adotamos a definição de Testa, entendendo “política como uma proposta de distribuição de poder e estratégia como a forma de implementação de uma política” (op cit: 22).

O significado da política pode levar a propostas de transformação social ou manutenção do “status quo”. A relação a ser estabelecida entre as forças sociais que se situam nas diferentes posições, deveria ser mais freqüente entre grupos que apóiam a transformação e seu enfrentamento com grupos conservadores, mas não o é. Isso pode explicar a separação entre política e estratégia, pois há grupos que se identificam pela proposta política mas se diferenciam pela proposta estratégica, levando a esquemas de alianças múltiplas e circunstanciais para ocupar espaços e manter o controle da situação (Testa, 1995).

As propostas de manutenção ou transformação social podem ser consideradas como proposta ou um propósito político, a forma de se chegar a ele é que pode ser denominado de estratégia.

Compartilho com Testa a idéia “utópica” de sociedade ideal, a qual elimina todas as relações de dominação e formas de poder, incluindo desde as tensões do cotidiano, família, cultura, lazer, trabalho, Estado. Essa idéia não representa uma proposta anarquista. A eliminação dessas formas de poder existentes é realizada através de formas organizativas democráticas e participativas. Pode ser descrita como sociedade solidária, enquanto relação pessoal, ou sociedade transparente,

enquanto relação social. A transparência é caracterizada por não haver necessidade de construir barreiras que ocultem os domínios pessoais, os espaços sociais. As formas de instrumentalizar a política, nem sempre explícitas, colocam a opacidade como negativo da transparência.

Surge o questionamento se é possível utilizar um instrumento para construir relações que o antagonizem, ou seja, é possível utilizar o poder para destruir as relações de poder?

A transparência, a ser utilizada como estratégia, surge como necessidade de propostas ou decisões desenvolverem a legitimidade do decisor.

A credibilidade tem a ver com uma situação global e não particular, ou seja, uma proposta necessita da confiança do espaço social onde é formulada. Há a credibilidade individual, que se refere a cada um dos sujeitos envolvidos numa determinada situação, e a credibilidade institucional. Algumas instituições de saúde sofrem conseqüências graves em função da perda de confiança.

Para uma medida ser considerada legítima, há necessidade de ser confiável, portanto a credibilidade é um dos fundamentos da legitimidade. Nesse sentido, a transparência pode gerar condições confiáveis e assim intervir como estratégia para consolidar uma política.

A construção da viabilidade depende do tipo ou da abrangência da mudança ou política proposta. No caso de mudanças estruturais, há necessidade de base social de apoio. No caso de modificações menores, pode ser suficiente o estabelecimento de alianças ou negociações entre as forças sociais que se situam nas diferentes posições, com a finalidade de aprovar as mudanças nas instâncias competentes para tal.

Em qualquer dessas situações acima, é imprescindível a consideração do poder.

Por isso, **ressalto a importância da proposta de Testa para o setor saúde, pois a sua "síntese diagnóstica" identifica o espaço social setorial enquanto estrutura de poder, os atores sociais e seus interesses, sua força, suas relações e participação.**

A categoria poder é objeto de reflexão no desenvolvimento da investigação, tratando-se de uma abstração da realidade observável cotidianamente, ou seja, é gerado e ao mesmo tempo sustenta as sociedades opacas.

Em seu significado mais geral, a palavra poder designa “a capacidade ou a possibilidade de agir, de produzir efeitos. Tanto pode ser referida a indivíduos e grupos humanos como a objetos ou fenômenos naturais.” (Bobbio, 1992-1:933)

Para entendê-lo em seu sentido social, na sua relação com a vida do homem em sociedade, o seu espaço conceitual pode ir desde “a capacidade geral de agir, até a capacidade do homem em determinar o comportamento do homem: Poder do homem sobre o homem” (op cit:933).

No âmbito da filosofia política, Bobbio (1992-2:77,78) identifica 3 teorias fundamentais de poder:

- Substancialista: “o poder é concebido como uma coisa que se possui e se usa como um outro bem qualquer”; pode ser dotes naturais (força e inteligência) ou adquiridos (riqueza), que servem para alcançar o objetivo do desejo. Citando Bertrand Russel, apud Bobbio, para se obter os efeitos desejados, o poder pode assumir 3 formas: poder físico e constritivo, que pode ser representado pelo poder militar; poder psicológico, utilizando punições ou recompensas e representado pelo domínio econômico; poder mental exercido através da persuasão e presente na sociedade através da educação;
- Subjetivista: é exposta por Locke, que por “poder entende não a coisa que serve para alcançar o objetivo mas a capacidade do sujeito de obter certos efeitos”;
- Relacional: entende poder como “uma realidade entre dois sujeitos, dos quais o primeiro obtém do segundo um comportamento que, em caso contrário, não ocorreria”. A definição mais conhecida é a de Robert Dahl, apud Bobbio (1992:78): “a influência (conceito mais amplo, no qual se insere o de poder) é uma relação entre atores, na qual um ator induz outros atores a agirem de um modo que, em caso contrário, não agiriam”. Assim definido, enquanto relação entre sujeitos, o poder relaciona-se ao conceito de liberdade, sendo os dois conceitos - poder e liberdade estabelecidos a partir da afirmação de um e negação do outro.

Ainda citando Bobbio (1992:82) para se distinguir as diversas formas de poder, podemos citar:

- poder político: em condições de se recorrer em última instância à força;
- poder econômico: vale-se da posse de bens para induzir quem não os tem;
- poder ideológico: vale-se de certas formas de saber, informação ou códigos de conduta para influenciar o comportamento dos membros do grupo.

Essas 3 formas de poder conjuntamente contribuem para instituir e manter sociedades desiguais. Essa análise coincide de alguma forma com a tipificação que Testa faz setorialmente para a saúde:

- poder técnico: fundamentado na relação Poder-Saber. Citando Foucault, o saber origina-se de uma relação de poder e todo saber assegura o exercício do poder;
- poder administrativo: realizado através de grupos sociais relacionados à disponibilidade de recursos financeiros. Compreende também a organização e a gestão da força de trabalho;
- poder político: deve ser considerado enquanto ideologia. Testa considera o poder como ideologia, ou seja, “um saber e uma prática que auto constrói seus sujeitos - e, como consequência, consolida sua prática - indicando com exemplos as diversas combinações de conhecimentos empíricos e científicos com práticas hegemônicas ou de dominação” (Testa, 1995:43-44).

O poder pode ser compreendido como uma capacidade apropriada ou possuída por uma pessoa, um grupo, uma instituição, uma classe social, que quando fenômeno isolado pode ser definido como a capacidade de um indivíduo conseguir que outro faça algo que não faria caso aquele não tivesse poder. Transforma-se em fenômeno concreto, submetido a múltiplas determinações sendo considerado então como “a capacidade de um grupo social, em particular uma classe social, de realizar seus objetivos, em particular seus objetivos históricos” (Testa, 1981:38). Offe considera o poder em um sistema social com uma categoria relacional, ou seja, como uma relação complementar entre 2 elementos.

A consideração do poder enquanto ideologia dá ênfase na relação entre comportamento e consciência - prática e concepção de mundo - inseparáveis para Testa. Para ele, a possibilidade da solução eficaz dos problemas de saúde, a longo

prazo, passa pela transformação da correlação de forças e das relações de poder, tendo por base o comportamento dos atores. “Transformando-se as práticas transforma-se a consciência. Transformando-se a consciência transformam-se os comportamentos” (Giovanella, 1989:85).

A idéia de poder está relacionada ao Estado, a partir do desenvolvimento histórico dos países capitalistas, ao se afirmar o papel do Estado em manter a ordem social, através do uso da violência legítima, aceitável pelo conjunto da sociedade.

O surgimento do Estado, enquanto ordenamento político de uma comunidade, nasce da passagem da idade primitiva, baseada em laços de parentesco, para a idade “civil” (cidadão, civilizado), onde as comunidades derivam da união de vários grupos familiares (Bobbio, 1992:73).

Para se distinguir as diferentes formas de Estado, no que se refere às relações entre organização política e sociedade ou às finalidades do poder político em diferentes épocas históricas e sociedades, as tipologias podem ser variadas e mutáveis.

Utilizando o critério histórico, Bobbio (1992) expõe a seguinte seqüência:

- 1) Estado feudal: caracterizado pela fragmentação do poder central em pequenos agregados sociais e exercício acumulativo das diversas funções diretivas pelos mesmos indivíduos;

- 2) Estado estamental: a organização política caracteriza-se pela formação de órgãos colegiados, reunindo os estamentos que representam indivíduos da mesma posição social, que através de assembléias como os parlamentos fazem valer direitos e privilégios contra o detentor do poder;

- 3) Estado absoluto: caracterizado por um processo de concentração e centralização de poder num determinado território, onde são ditadas as leis para a coletividade, é exclusivo o poder de usar a força e impor tributos, e as cidades, corporações e sociedades particulares não sobrevivem mais como ordenamentos autônomos, mas como derivados da autorização do poder central;

4) Estado representativo: surge do estado feudal e estamental, através da guerra civil de 1688, na Inglaterra, e sobre as ruínas do Estado absolutista monárquico na Europa continental. Afirma-se como compromisso entre o poder do Príncipe e o poder dos representantes do povo (entendido como classe burguesa num primeiro momento), cuja legitimidade se dá pelo consenso. O seu desenvolvimento coincide com as fases de reconhecimento dos direitos políticos (primeiramente apenas para os proprietários) até o reconhecimento do sufrágio universal masculino e feminino.

Do ponto de vista da interpretação do papel político do Estado, duas grandes teorias encontram-se no centro da discussão acadêmica e política, sendo que uma parte da formulação liberal e outra parte do marxismo.

A escolha dessas duas teorias tem por base a importância do pensamento liberal clássico como fundamento teórico e ideológico na constituição e organização do poder do Estado capitalista, bem como para o entendimento das políticas sociais no desenvolvimento do Estado moderno e o retorno periódico da política anti estatizante que quer a retirada do Estado em sua ação na esfera da proteção social. No que se refere ao pensamento marxista, não se busca discutir se há ou não uma teoria marxista de Estado, mas buscar subsídios para entender a complexidade do Estado capitalista e sua intervenção através das políticas sociais como integrante no processo de desenvolvimento da contradição que dá origem a essa forma de Estado.

O liberalismo tem sua história ligada à luta pela democracia manifestada em diversos países em tempos históricos também diversos.

Surge, enquanto idéia, na Inglaterra na luta política da Revolução Gloriosa em 1688. Tinha como objetivo a tolerância e o governo constitucional, contra Jaime II, sendo que esses tornaram-se pilares do sistema que vai se espalhando pelo ocidente.

Após a Revolução Francesa, o liberalismo torna-se “a doutrina da anarquia limitada e de um governo popular igualmente limitado, já que o sufrágio e a representação eram restritos a cidadãos prósperos. “(Merquior, 1991:18)

O uso do termo liberal na linguagem comum indicava uma atitude aberta, tolerante e/ou generosa, ou as profissões de homens livres. O uso político do termo data do século XIX, primeiramente na proclamação de Bonaparte (18 Brumário) e nas cortes de Cadiz (1812) para nominar “o partido que defendia as liberdades públicas contra o partido servil.” (Bobbio, 1992:687)

Em contextos sócio-institucionais diferentes, o liberalismo enfatizou o caráter orgânico do Estado e em outras ocasiões enfatizou “a necessidade de associações livres (partidos, sindicatos, etc) quer para estimular a participação política do cidadão que o individualismo (dos proprietários) pretendia reduzir à esfera da vida particular, quer como proteção do indivíduo contra o Estado burocrático.” (Bobbio, 1992:689)

Há duas maneiras para interpretação do liberalismo, a primeira temporal que pretende interpretar o espírito de uma época, a segunda estrutural a interpretar as estruturas institucionais como o Estado, ou as sociais como o mercado e a opinião pública. Nas interpretações temporais, o espírito do liberalismo surge com a nova concepção de homem, rompendo com a Idade Média na Europa, passando por 3 etapas: a Renascença, pela sua concepção antropocêntrica em contraste com o dualismo medieval; a Reforma que acaba com a mediação entre homens e Deus através da hierarquia eclesiástica, emancipando a consciência do indivíduo; o Iluminismo, “quando, em nome da razão, será declarada guerra à tirania exercida sobre as consciências pelo Estado, pela Igreja, pela escola, pelos mitos e pelas tradições, quando, enfim será dado o ponto de partida para a aplicação do espírito científico ao domínio da natureza e à reestruturação da sociedade”. (Bobbio, 1992:695)

Mill descreveu a sociedade liberal e acreditava nela existirem condições favoráveis para o surgimento de indivíduos críticos, racionais, solícitos, ativos, destemidos, individualistas, autônomos, e socialmente conscientes e desinteressados. Os preconceitos políticos mais temidos eram os do “rebanho sem cultura que atualmente compõe as massas trabalhadoras” (Fitzgerald, 1983:227). Acreditava que o indivíduo racional não deve ser presa da paixão nem de preconceito. Defendia a intervenção do Estado através do controle de natalidade conforme pressuposto de Malthus, para ajudar a reduzir o tamanho das famílias

pobres e a potência dos desejos sensuais, desprezados por ele, tanto pelos seus efeitos como pela sua natureza.

Mill também considerava o conflito de classes irracional, e que o proletariado militante sofria de falsa conscientização. O acirramento da consciência de classe era destruidora e desnecessária, enraizada na ignorância e na imaturidade.

As recomendações de Mill têm por base a importância do poder da razão na vida social e que através da educação e comunicação vai atingir mais indivíduos. Sob seu ponto de vista, “a ignorância gera a divisão enquanto que o conhecimento estimula a coesão.” “...Esta noção está claramente subjacente na confiança que deposita no advento pacífico de uma comunidade educada, harmoniosa e tolerante”. (Fitzgerald, 1983:229).

Fleury (1992) identifica como pressupostos básicos de uma matriz do liberalismo, os seguintes pontos:

1) individualismo: a sociedade é composta de indivíduos isolados, sendo que a ordem política criada, que representa a vontade geral, não pressupõe a articulação de interesses. A problematização de atores coletivos (classes, grupos, organizações) inexistem, portanto não considera instâncias mediadoras entre o cidadão e o Estado;

2) liberdade de constituição do mercado: na qual os indivíduos buscam maximizar seus lucros nas relações de troca;

3) igualdade formal: como pré-requisito para relação de troca no mercado entre os indivíduos, é a igualdade formal entre os proprietários, mas não pressupõe uma igualdade na participação no governo nem na distribuição da riqueza social. As diferenças sociais são atribuídas às aptidões e méritos individuais;

4) mercado auto-regulável: ao ingressarem no mercado e buscar seus interesses, os indivíduos pressupõem o mercado como auto-regulável, e à medida que se alcança o máximo bem-estar coletivo, conduzem à trajetória mais adequada a cada sociedade;

5) separação Estado/Sociedade, Política/Economia, Público/Privado: na criação da ordem política, o indivíduo transfere parte do poder que lhe pertence ao Estado, que pode utilizar com legitimidade a coerção para preservar as regras do mercado e o interesse geral. A sociedade política é responsável pelo exercício do poder e a sociedade civil representa os interesses econômicos privados.

O pensamento liberal não concebe a interferência estatal na política social, não reconhecendo como componente da condição de cidadão os direitos sociais. Qualquer interferência nessa área pode comprometer a livre constituição do mercado e a auto-regulação pelo preço.

O surgimento de atores coletivos no curso da história com suas reivindicações de sufrágio universal, organização sindical e direitos sociais, coloca um dilema para o liberalismo, posto que o Estado tem que se relacionar com sujeitos organizados coletivamente, inclusive a burguesia passa a atuar organizada e coletivamente. Entretanto, a concepção individualista continua permeando o conceito de cidadania, base para a relação entre Estado e sociedade.

No que se refere à forma de governo, o pensamento de Stuart Mill coloca a origem e existência das instituições políticas associadas à vontade humana, acrescentando a força física, a propriedade e a inteligência.

A forma de governo de um determinado país é uma questão de escolha e as suas características estão associadas à promoção dos interesses desse mesmo país. Portanto, as funções do governo são variáveis de acordo com os diferentes estágios da sociedade, mais numerosas num povo atrasado. Para promover o progresso, o governo deve promover o trabalho, a integridade, a justiça e a prudência. Podemos citar como medidas importantes: a segurança da propriedade, um bom sistema de impostos e finanças oferecendo um exemplo de moralidade aos cidadãos.

Como condição de um bom governo estão as qualidades dos seres humanos que integram a sociedade e o mérito mais importante desse governo é promover a virtude e a inteligência do próprio povo.

O governo capaz de atender as necessidades do estado social é o que o povo todo participa. A participação deverá ser na proporção em que permitir o grau de desenvolvimento da comunidade. Como é impossível a participação de todos, o tipo ideal de um governo perfeito é o representativo.

A distinção entre a tarefa de controlar o governo ou exercê-lo realmente, contribui para que, em muitos casos, quanto menos o Parlamento fizer, melhor será o seu controle. Como exemplo, o governo executivo deve ser responsável pelos planos e cálculos financeiros, criando taxações e despesas, enquanto que ao Parlamento é facultado o consentimento ou a recusa. A função apropriada de uma assembleia representativa, no que se refere à administração, não se restringe à decisão pelo voto, mas assegurar que as pessoas adequadas são as que deverão tomar as decisões. Dentre outras funções da Assembleia Legislativa, citamos: “vigiar e controlar o governo; colocar os seus atos à luz da publicidade; exigir explicação e justificação para todos os atos que pareçam contestáveis; censurá-los se forem considerados e, se os homens que compõem o governo abusarem de seus deveres, retirá-los de seus cargos e nomear seus sucessores” (Mill, 1981:55).

Um dos maiores perigos da democracia é o interesse sinistro dos detentores do poder, ou seja, o perigo da legislação de classe por uma maioria numérica.

O governo representativo deve ter precauções para evitar isso. Mill cita também como perigo “um baixo nível de inteligência no corpo representativo e na opinião pública que o controla” (Mill, 1981:71). Para tanto, propõe uma restrição no sufrágio e representação proporcional das minorias. Cita como única maneira de corrigir os instintos da maioria democrática é através da minoria instruída.

No que se refere à função executiva, deve ser obrigação de um indivíduo determinado, com poder de decisão final. Para subsidiar estas decisões, podem ser formados conselhos consultivos, de caráter permanente, composto por profissionais capazes e experientes.

Os funcionários executivos não devem ser nomeados por eleição popular direta ou indireta, mas devem ser selecionados entre os melhores que se candidatam. O corpo permanente de funcionários do serviço público não deve ser demitido, a menos por conduta grave e comprovada, pois representam profissionais que têm a função de ajudar executivos com sua experiência.

Em relação à distribuição de tarefas do poder, cabe à autoridade central dar as instruções para que a autoridade local as aplique. “O poder pode ser localizado, mas o conhecimento, para ser útil, deve ser centralizado” (Mill, 1981:155).

Pode-se perceber um conflito no pensamento de Mill: o desejo de elevar a capacidade de autodeterminação e aumentar o poder de todos e o temor de que a expansão dos direitos políticos pudesse ameaçar as instituições.

O pensamento liberal fundado na concepção filosófica do mundo moderno, o individualismo, coloca como ponto de partida de todo projeto social de libertação, o indivíduo singular com suas paixões (a serem dirigidas ou domadas), com seus interesses (a serem regulados e coordenados), com suas necessidades (a serem satisfeitas ou reprimidas).

O liberalismo e democracia não são mais compatíveis na medida em que o produto das conseqüências da democracia de massa é o estado assistencial. O estado mínimo é reproposto contra o estado assistencial, por entender que este reduza o cidadão livre a súdito protegido, mas não significa sociedade sem Estado.

Embora os escritos de Marx e Engels não identifiquem uma teoria do Estado, mas através da análise de aspectos teóricos do Estado capitalista, bem como da história de sua constituição e reprodução, é possível encontrar pressupostos que fundamentam uma análise marxista do Estado, considerando-o como expressão das relações de produção que se dão na sociedade, dividida por antagonismos irreconciliáveis. O Estado representa assim, o papel de um poder acima da sociedade, com a finalidade de amenizar os conflitos entre as classes com interesses econômicos em luta, mantendo-o nos limites da ordem (Fleury, 1992:22).

Assim como Fleury identificou os pressupostos básicos da matriz liberal, também o fez com a matriz da análise marxista do Estado, cujos pontos são:

- 1) caráter histórico: “o Estado tem origem em um momento específico do desenvolvimento da sociedade, como uma necessidade face ao acirramento das contradições, e, da mesma forma, deixará de existir quando estas condições tiverem sido superadas”;

2) condições materiais de sua existência: este pressuposto encontra seu respaldo no prefácio da Contribuição para a Crítica da Economia Política, quando Marx coloca como conclusão de suas pesquisas que “as relações jurídicas - assim como as formas de Estado - não podem ser compreendidas por si mesmas, nem pela dita evolução geral do espírito humano, inserindo-se pelo contrário nas condições materiais de existência de que Hegel, à semelhança dos ingleses e franceses do século XVIII, compreende o conjunto pela designação de “sociedade civil”; por seu lado, a anatomia da sociedade civil deve ser procurada na economia política.” (Marx, 1977:28) As interpretações economicistas que consideram o estado como um reflexo em resposta à estrutura econômica vai estimular o debate marxista contemporâneo sobre determinismo como fruto da luta de classes: o Estado nasce do conflito de classes, com a necessidade de refrear seus antagonismos, representando a classe economicamente dominante, que através dele torna-se também politicamente dominante e adquire um novo instrumento de dominação. Essa colocação tem sido discutida, pois reduz o poder político à dominação econômica sem considerar a especificidade do exercício do poder político. Não se pode ignorar as diferenças entre frações da classe dominante e as alianças necessárias para consolidar o poder político;

3) o Estado como opressão e dominação: a interpretação que Lênin faz dos textos de Marx e Engels enfatiza o papel do Estado como órgão de dominação e opressão de uma classe sobre outra, utilizando a violência institucionalizada na exploração da classe oprimida;

4) o aparelho de Estado: o exercício do poder político faz com que o Estado se afaste da sociedade, apesar de refletir o que nela se passa, havendo a necessidade de um complexo aparato burocrático para exercer suas próprias leis, que Marx e Engels identificaram “como seus órgãos o exército, a polícia, a burocracia, o clero e a justiça, definindo seus atributos como a organização de uma base territorial, o aparelho especializado de coerção ou força, a taxação, o staff administrativo e a garantia dos direitos políticos com base na propriedade.” (Fleury, 1992:28)

5) os funcionários do Estado: a partir da concepção que o aparelho de Estado não reflete as contradições da sociedade, é visto como mero instrumento de consolidação da dominação e seus funcionários como “assalariados da classe dominante”, e assim como ele, estão imunes às contradições sociais. A efetiva democracia não requer a burocracia como função diferenciada e especializada e as tarefas administrativas podem ser exercidas por qualquer cidadão;

A interpretação dos clássicos do marxismo aponta a natureza de classe do Estado, mas pela sua vinculação à dominação econômica não oferece um referencial relativo ao efetivo exercício do poder político, ou seja, do desenvolvimento de políticas públicas e sociais no Estado capitalista.

Com a crescente intervenção estatal na economia e o desenvolvimento de mecanismos de proteção social ocorridas como reflexo das transformações do capitalismo nos países industrializados, a partir da década de 50, há uma retomada da discussão sobre a natureza do Estado capitalista.

A partir da relação Estado/sociedade, vamos destacar o pensamento de alguns autores que têm contribuído para a análise do Estado.

Claus Offe, ao se utilizar de conceitos de diferentes correntes teóricas, também contribui para o debate do pensamento marxista. A análise de Offe sobre o conceito de Estado, define-o como “uma forma institucional do poder público em sua relação com a produção material”, caracterizado pela: privatização da produção cuja utilização política não depende de decisões políticas; dependência dos impostos, ou seja, o poder público depende indiretamente do volume da acumulação privada; acumulação como ponto de referência, a partir do fato de que o poder estatal depende do processo de acumulação capitalista, vai promover condições políticas que favoreçam o processo de acumulação; legitimação democrática para garantir de forma duradoura, através de mecanismos democrático-representativos da formação das vontades e da regulamentação dos conflitos, o exercício do poder.

Assim, o Estado capitalista sujeita-se à dupla determinação do poder político: quanto à forma pelas regras do governo democrático representativo, e quanto ao conteúdo pelo processo de acumulação (Offe, 1984:123-125).

A tese de Offe afirma que a única estratégia geral de ação do Estado “é criar as condições segundo as quais cada cidadão é incluído nas relações de troca” (op cit :125), e dessa universalização da forma-mercadoria depende a estabilidade das estruturas políticas e econômicas da sociedade capitalista.

O caráter de classe do Estado baseia-se na seletividade estrutural de suas instituições políticas. O interesse comum da classe dominante vai se expressar nas rotinas e estruturas formais da organização estatal que determinam rotinas legislativas e administrativas, e não como reflexo de interesses articulados.

O sistema de instituições políticas deve ter como premissas para os critérios de seleção do Estado capitalista: selecionar a partir de interesses contraditórios e efêmeros de uma política pluralista, apenas aqueles que são compatíveis com os “interesses globais do capital”, para favorecer sua articulação; também necessita de uma seletividade complementar que permita defender o interesse que constitui, protegendo-o de interesses anti-capitalistas.

Os mecanismos de seleção podem ser identificados em 4 níveis: estrutura, ideologia, processo e repressão, que funcionam como um sistema de filtros cujos atos concretos resultam de operações cumulativas de seleção.

Em nível de estrutura entende-se que cada sistema institucional político possui uma ação definida e estipulada juridicamente, estabelecendo o que se torna objeto de política estatal, cujos limites a determinada ação política relacionam-se à disponibilidade de recursos e informações materiais. O exemplo mais simples é a garantia da propriedade privada.

A ideologia presente nas instituições políticas, algumas vezes considerada como “não articulada” encontrada mesmo nas instituições consideradas mais abertas e flexíveis, vai promover a “percepção e articulação seletiva de problemas e conflitos sociais” (Offe, 1984:152). Em função do sistema de normas ideológicas e culturais, restringe a estrutura à medida que somente parcela da política estrutural poderá ser atualizada.

O processo é considerado um mecanismo de seleção adicional, constituído por procedimentos institucionalizados de formulação e implementação política. Cada regra pode criar favorecimentos ou exclusões para certos grupos ou interesses, pois pode conferir a determinados conteúdos políticos uma probabilidade maior de

realização, seja através de prioridade no tempo, de alianças favoráveis ou de utilização de meios de poder. Offe utiliza aqui o conceito de “não-decisão” como um instrumento através do qual reivindicações para a mudança na alocação de benefícios e privilégios no interior da comunidade podem ser sufocadas antes que tenham sido expressas, ou mantidas latentes, ou eliminadas antes que acedam à arena decisória relevante; ou, falhando tudo isso, mutiladas ou destruídas no estágio da implementação da decisão, no processo político” (Offe, 1984:153).

A repressão consiste na ameaça ou mesmo utilização por parte do aparelho de Estado, de atos repressivos através de seus órgãos como polícia, exército ou justiça, com a finalidade de limitar o espaço de ocorrências políticas.

Offe assume as limitações dessa escala de operações de seleção, visto que apesar de identificar uma seletividade geral das instituições políticas, não consegue provar uma relação com os interesses de classe. O Estado capitalista ao mesmo tempo que precisa demonstrar, também necessita ocultar o seu vínculo de classe preservando uma “aparência de neutralidade de classe”, o que permite manter sua dominação.

Outro autor que polemizou no debate foi Poulantzas, a partir de sua compreensão do Estado como “condensação material de uma relação de força entre classes e frações de classe tal como ele expressa, de maneira sempre específica, no seio do Estado” (Poulantzas, 1985:147). O Estado apresenta um papel principal de organização - representa e organiza as classes dominantes - ou seja, o interesse político a longo prazo do bloco no poder, constituído por dois elementos, que são as forças políticas e sua materialidade institucional.

Segundo a análise de Fleury (1992), esta concepção de Estado vai além de um conjunto de aparelhos e instituições, ao ser analisado como um processo estratégico, onde nele se cruzam núcleos e redes de poder, que, ao mesmo tempo, articulam-se e apresentam contradições uns em relação aos outros (1992:61).

O Estado atua de duas formas frente às lutas populares: através da repressão, que nem sempre é prioritária, mas uma possibilidade e virtualidade presente, impondo uma dolorosa realidade; através da atuação dos aparelhos de estado, que por meio de “um consenso ideológico” estabelecido, desorganizam as classes dominadas, ponto fundamental para a manutenção da dominação.

Poulantzas também ressalta a importância das lutas no interior do aparelho do Estado, combinando as lutas pela transformação e expansão do Estado com a construção de movimentos de base, construindo formas auto-gestionárias do exercício do poder e preservando as instituições e liberdades da democracia representativa.

Alguns autores têm criticado aspectos importantes do trabalho de Poulantzas, considerando as concessões impostas ao Estado pela luta de classes como um meio para realizar a hegemonia da classe dominante, sem considerar a estrutura do Estado capitalista, na medida em que atuam nos limites econômicos-corporativos sem ameaça ao domínio político, conforme cita Fleury (1992: 68). Nessa perspectiva, a mudança fica impossibilitada ou vai para o voluntarismo.

Dentro da corrente marxista, Gramsci é um autor que faz a relação entre o econômico e o político a partir de uma concepção ampliada do Estado, na qual a superestrutura apresenta 2 níveis: a sociedade política (burocracia e Forças Armadas - mecanismos que a classe dominante utiliza para deter o monopólio da violência), e a sociedade civil (organizações públicas e privadas responsáveis pela elaboração e/ou difusão de ideologias).

A concepção de hegemonia de Gramsci, coloca o exercício do poder político em sociedades complexas para além das funções coercitivas, ou seja, envolve o consenso ativo dos dominados.

O Estado também exerce um papel importante na “constituição/ consolidação/ reprodução da direção cultural da classe hegemônica” (Fleury, 1992:72).

A supremacia de uma classe manifesta-se de duas formas: - como direção, ou seja, um grupo social deve ser dirigente antes de conquistar o poder governamental, inclusive sendo essa uma condição; - como domínio, submetendo outros grupos pela força.

Há assim a possibilidade de uma classe conquistar hegemonia antes de tomar o poder, ou seja, é um processo através do qual uma classe supera seus interesses econômicos e corporativos, deixa de ser um fenômeno econômico para exercer a direção num contexto de política de alianças, sendo conquistada na luta política. A polarização entre sociedade civil/Estado e hegemonia/coerção analisada por Gramsci caracteriza as sociedades ocidentais como nas quais as

classes dominantes necessitam além do domínio dos aparelhos coercitivos do Estado, ou seja também a direção moral, na qual há sociedades civis organizadas e desenvolvidas. Para tanto, a estratégia das classes dominadas seria ir além dos interesses econômicos e corporativos para se tornar classe nacional, desenvolvendo uma contra-hegemonia.

A obra de Gramsci contribui para os estudos sobre o Estado e as lutas políticas nas sociedades ocidentais e introduziu a sociedade civil como parte da superestrutura.

A hegemonia, recolocada por Laclau, apud Fleury (1992:82-83), exercida por uma classe não diz respeito à imposição de uma concepção uniforme do mundo à sociedade, mas à capacidade em articular visões diferenciadas de modo que os antagonismos em potencial dessas seja neutralizado.

Já no que se refere às classes dominadas há de se articular o desenvolvimento dos conteúdos antagônicos, ou seja, nos níveis político e ideológico uma classe vai existir à medida que luta pela hegemonia.

O entendimento do significado do Estado é contemplado na colocação de Fleury, na qual “é a condensação de um conjunto heterogêneo, complexo e muitas vezes conflitante de funções que precisam ser desempenhadas simultaneamente em cada formação social e período histórico concretos” (Oliveira & Fleury, 1985:11).

O presente trabalho não tem a pretensão de aprofundar, polemizar ou criar uma teoria de Estado, tema tão polêmico na área das ciências sociais. Mas a partir do momento em que tem como tema de análise a implantação de uma política de saúde, a discussão do significado do Estado torna-se fundamental para entender o papel do poder executivo municipal, representante local do Estado e responsável, em última análise, pela implementação da política de saúde a partir da criação do Sistema Único de Saúde.

2- Neoliberalismo, Políticas Sociais e Participação:

Com a ocupação do cenário político das propostas neoliberais, há necessidade de discutir o que é o neoliberalismo enquanto projeto para a sociedade.

Para entender os reflexos desse projeto, na área da saúde, utilizamos o conceito de neoliberalismo colocado por Draibe, e a análise de políticas sociais sob a perspectiva do Estado, desdobradas em políticas assistenciais, sócio-econômicas e participativas, realizada por Demo.

Referenciando o primeiro pressuposto deste trabalho “saúde direito de todos”, vem o conceito de cidadania de Marshall, e sua relação com democracia realizada por O’ Donnell.

E para finalizar, dois princípios do SUS, sempre defendidos pelo movimento de Reforma Sanitária e assegurados na Constituição Federal, participação e descentralização, são definidos por Jacobi.

O neoliberalismo, segundo Draibe (1993:88), não possui um corpo teórico específico, mas empresta “teorizações” do pensamento liberal, afirmando a liberdade e primazia do mercado sobre o Estado e do individual sobre o coletivo, e a concepção do estado mínimo, aquele que não interfere no jogo econômico. É um discurso e um conjunto de ações práticas sobre as políticas de governo e reformas do Estado. As idéias e valores compõem o que se chama de “cultura de solução de problemas”, valorizando a especialização e a competência, transmitindo uma aparência de despolitização e movendo-se pela busca de soluções ágeis e eficientes.

“Em lugar de ideologia, os neoliberais têm conceitos. Gastar é ruim. É bom ter prioridades. É ruim exigir programas. Precisamos de parcerias, não de governo forte. Falem de necessidades nacionais, não de demandas de interesses especiais. Exijam crescimento, não distribuição. Acima de tudo, tratem do futuro. Repudiem o passado. Ao cabo de pouco tempo, as idéias neoliberais começam a soar como combinações aleatórias de palavras mágicas” (Schneider, apud Draibe, 1993:89).

A tese do Estado mínimo valoriza o mercado como o mais eficiente mecanismo para alocar recursos, e a redução do Estado deve abranger seu tamanho, papel e funções. Em relação às políticas sociais, há um ataque ao Estado de bem-estar social e prescrições para o setor social. Os programas sociais, que envolvem provisão de renda, bens e serviços pelo Estado, são considerados como ameaça aos interesses individuais, inibem a concorrência privada e geram extensão dos contratos da burocracia.

Essa concepção atribui, ao sistema de políticas sociais, a responsabilidade, total ou em parte, das crises econômicas e de papel do Estado. De acordo com essa concepção, o financiamento de programas sociais gera: ampliação do déficit público, a inflação, a redução da poupança privada, o desestímulo ao trabalho e à concorrência e como consequência há diminuição de produtividade, “até mesmo a destruição da família, o desestímulo aos estudos, a formação de “gangues” e a criminalização da sociedade” (Draibe, 1993:90).

Assim, a proposta neoliberal propõe o corte no gasto social e a desativação de programas sociais públicos. A ação do Estado deve se dar de modo assistencialista, como auxílio à pobreza se necessário, de modo complementar à filantropia privada e das comunidades, mas apenas a grupos específicos para não causar distorções no mercado.

Os países latino-americanos que vêm promovendo ajustes macroeconômicos, tem como consequência a devastação social e as reformas dos sistemas de proteção social, voltando-se para sua privatização, descentralização, focalização e programas sociais de emergência.

A descentralização é entendida como um modo de aumentar a eficiência e a eficácia do gasto, visto que aproxima problemas/gestão, bem como possibilita em nível local a interação entre recursos públicos e não-governamentais para financiamento de atividades sociais.

A focalização representa o direcionamento do gasto público, escolhido seletivamente, para programas e/ou população alvo, de acordo com sua necessidade. Baseia-se na tese de que o Estado deve atuar apenas no campo da assistência e de forma complementar.

A privatização significa a transferência de produção de bens e serviços públicos para o setor privado lucrativo. Também pode ser considerada essa transferência para o setor privado não lucrativo, que é composto por entidades filantrópicas, organizações comunitárias ou as novas formas de organizações não governamentais (ONGs).

Várias são as formas através das quais a privatização pode ser implantada, segundo Draibe (1993:98).

- transferência de estabelecimentos públicos (inclui a venda);
- privatização implícita: o governo desincumbe-se de algumas responsabilidades e cessa programas;
- privatização por atribuição: redução de serviços públicos (capacidade, quantidade e qualidade) transferindo essa demanda para o setor privado;
- terceirização: consumo de serviços prestados pelo setor privado com financiamento público;
- desregulamentação: permissão para que empresas atuem em áreas anteriormente monopolizadas pelo governo.

A política neoliberal estabelece um confronto na atualidade, no que diz respeito à concepção de justiça social, à medida que contrapõe os princípios de focalização e seletividade das ações públicas, a ruptura com a gratuidade e a privatização de serviços, com os princípios da universalidade que pressupõem a educação, habitação, saúde, previdência e assistência social como direitos do cidadão garantidos pelo Estado.

A possibilidade de reestruturações que promovam a ampliação do direito social, tendo por base o princípio da universalização e ampliação de políticas não-contributivas contradiz-se na prática com esse princípio, à medida em que a redução de recursos públicos e privados para o financiamento de políticas sociais exige prioridades e seleção de políticas, reafirmando os princípios de focalização do neoliberalismo.

Segundo DEMO (1994), a política social deve ser analisada sob a perspectiva do Estado, considerada como “uma proposta planejada de enfrentamento das desigualdades sociais”. Supõe planejamento, ou seja, iniciativa organizada e não ações parcelares ou casuais, com vistas a intervir no processo histórico. O enfrentamento é colocado a partir do confronto dialético que permeia a relação entre iguais e desiguais, levando à polarização.

A percepção histórico-estrutural da desigualdade social, aceita política social como esforço necessário e possível de redução, também revolucionário, de acordo com as circunstâncias históricas. Dentro de propostas institucionais típicas, como são políticas sociais públicas, as iniciativas caracteristicamente não ultrapassam

possíveis reformas, predominando de modo tendencial cuidados por vezes camuflados de controle social dos desiguais.

A pobreza, enquanto processo de repressão do acesso às vantagens sociais e fenômeno único pode ser representada pelo que chamamos:

- pobreza sócio-econômica: carência material imposta, traduzida na precariedade comumente reconhecida do bem-estar social;
- pobreza política: dificuldade histórica de o pobre superar a condição de objeto manipulado para atingir a de sujeito consciente e organização em torno de seus interesses.

A expectativa diante da política social não pode escapar do confronto ideológico, pois o sujeito social não pode permanecer neutro, principalmente diante de algo que o atinge a toda hora e em todo lugar, como é a desigualdade.

A política social deve ser: preventiva, no sentido de atingir as raízes do problema, evitando que se manifeste; equalizadora de oportunidades, já que foram apropriadas pela classe dominante; emancipatória, combinando autonomia econômica baseada na auto-sustentação e autonomia política baseada na cidadania.

Enquanto processo social, pode servir como mecanismo de conscientização política por parte do “necessitado”, que tem como consequência sua ação organizada como sujeito do próprio destino, condição essencial para o enfrentamento da desigualdade.

Três horizontes teóricos e práticos estabelecem os conceitos de:

- políticas assistenciais: como reconhecimento do direito à sobrevivência condigna, a sociedade por intermédio do Estado, deve assistir a grupos populacionais que não se auto-sustentam, direito conjuntural de pessoas ou grupos vítimas de emergência grave para recompor as condições normais de sobrevivência. É necessário diferenciar assistência, enquanto direito humano, de assistencialismo, que é uma estratégia de manutenção das desigualdades pois cultiva o problema social sob a aparência de ajuda;
- políticas sócio-econômicas: remete ao relacionamento entre os campos social e econômico da sociedade. Para o enfrentamento da pobreza material, a importância

do emprego e manutenção da renda são relevantes para as tentativas de redução das desigualdades, como exemplo estão as políticas: de emprego; de apoio às formas de microprodução; de profissionalização de mão-de-obra; de habitação para populações de baixa-renda; de saúde, nutrição e saneamento; de previdência; de transporte urbano; de urbanização; de fundos sociais;

- políticas participativas: emerge a oportunidade de formação do sujeito social consciente e organizado, capaz de conduzir seu destino e compreender a pobreza como injustiça social, como componentes de políticas participativas típicas ou pelo menos serviços públicos exigidos pela cidadania organizada, citamos: políticas educacionais; culturais; de comunicação; de defesa da cidadania; de conquista de direitos (minorias); de organização da sociedade civil; partidárias; sindicais; de justiça; de segurança pública.

A política social não pode ser apenas pública, parte dela provém da sociedade, sob o signo do controle democrático do Estado (política sindical, defesa de cidadania, identidade cultural, associativismo e cooperativismo) devem ser normatizadas pelo Estado, mas não submetidas a ele. Políticas participativas recolocam a questão da democracia. O Estado, deixado a sua própria dinâmica, não tem vocação democrática original, mas discriminatória, dentro da mesma lógica de concentração e maximização de poder.

Segundo O'Donnell (1993:133), "a democracia, enquanto forma política efetiva sobre um dado território, está necessariamente conectada à cidadania, e esta só pode existir dentro da legalidade de um estado democrático. A completa universalização da cidadania é um ideal do qual as democracias realmente existentes se aproximam mais ou menos estreitamente".

Entendo cidadania como algo a ser conquistado, que faz parte de um processo social, visando à ampliação dos direitos individuais e coletivos. Esses direitos, segundo Marshall, decompõem-se em 3 elementos:

- a) Civil: direitos necessários à liberdade individual - ir e vir, imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e à justiça;
- b) Político: direito de participar no exercício do poder político, abrangendo o direito de voto e de exercer cargos públicos;

c) Social: direito a um mínimo bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade (Capella, 1992:18).

Estes últimos, manifestam-se enquanto “bem a ser reclamado e como bem a ser propiciado “e portanto passíveis de serem conquistados sob pressão e traduzíveis através da formulação e implantação de políticas sociais pelo Estado (Augusto, 1988:9).

O Brasil, além da crise econômica e social, sofre também uma profunda crise de Estado existente sobre 3 aspectos, segundo O’Donnell: o Estado enquanto organização burocrática capaz de cumprir seus deveres com eficiência razoável; a efetividade de sua lei; a afirmação de que os órgãos do Estado normalmente orientam suas decisões segundo concepção de bem público.

O processo de formulação de políticas sociais é também um processo de construção de cidadania, onde além do conteúdo há necessidade de transformar os benefícios desta política em sujeitos. Em conjunturas de transição democrática, as distorções de uma política social contraditória à idéia de justiça social, não se resolvem.

No Brasil, a transformação desse sistema vai além da superação do regime autoritário, pois está ligado a condições estruturais que o antecedem, ou seja, tem a ver com a própria consolidação da democracia. A abertura do jogo democrático propicia “a competição de interesses, a constituição de identidades coletivas capazes de dar corpo a uma concepção moderna de cidadania e forjar formas de solidariedade social” (Vianna, 1989:29).

A análise de Draibe (1993:21) coloca que no Brasil, a década da crise foi também a da democratização. Enquanto a primeira gradativamente foi diminuindo os recursos disponíveis para investimentos sociais, a segunda impulsionou movimentos reivindicatórios para reformas no sistema de proteção social. A luta pela democratização colocou como ponto de destaque na agenda política de reformas democráticas, os temas sociais.

No Brasil, há uma parcela da população que não tem mais para onde cair, com agravamento da crise econômica.

A possibilidade de alternativas à crise esboçada por O'Donnell, está na descoberta de áreas importantes, cujos impactos sobre a situação geral e com ação competente, principalmente do governo, podem aumentar os horizontes de tempo de atores decisivos, e com isso o intuito das solidariedades. Para se chegar a esses resultados, a melhor maneira é o fortalecimento das instituições políticas e sociais.

Alguns estudos sobre a implementação da política social no Brasil, conforme relato de Vianna (1989:6-7) dão conta da sua construção durante o regime autoritário, com as seguintes características:

- centralização da decisão e dos comandos financeiros, em nível federal, com conseqüente desapropriação dos instrumentos de ação social dos estados e municípios e substituição da ação direta da administração estatal por grandes complexos organizacionais;
- fragmentação institucional devido à multiplicidade de autarquias, fundações, empresas estatais, com conseqüente incapacidade de formular e implementar uma política social de corte nacional; ausência de mecanismos de controle, inoperância administrativa e abertura de espaços para interesses particularistas e corrupção;
- bloqueio de participação política e social nos processos decisórios, com a supressão de formas mais eficazes de controle público e do cidadão sobre os destinos da proteção social no país;
- privatização, representada tanto pela abertura do aparelho burocrático como na articulação entre governo e setor privado produtor de bens ou serviços. Ressalta-se o crescimento da rede privada de ensino e saúde com declínio da participação do Estado nessas áreas e deterioração da rede pública;
- financiamento das políticas sociais cujo padrão obstaculiza transferência de renda e impede promoção da solidariedade, e cujas fontes recaem sobre os assalariados, penalizando os de mais baixa renda.

Uma questão que se coloca é como compatibilizar profundas desigualdades sociais com um regime democrático. Torna-se necessário trazer para a esfera pública o direito à saúde, sendo o processo de implantação de políticas sociais um espaço de poder fundamental na trama social (Cohn, 1992).

Dentre os princípios do SUS, há necessidade de se esclarecer conceitualmente dois deles, relacionados com a democratização e seu processo de implantação. São eles: participação e descentralização.

Para viabilizar o processo de participação, enquanto instrumento de governo, o Estado deve editar mecanismos que possibilitem a incorporação dos cidadãos neste processo. O conceito de participação adotado por Jordi Borja, apud Jacobi, expressa essa necessidade concretamente: “Participação é, sobretudo, o encontro entre as instituições representativas, partidos e administração, por um lado, e os movimentos e organizações sociais, que existem independentemente dos partidos políticos e dos mecanismos participativos, por outro” (1992:33).

De acordo com esta perspectiva, a participação deve ser entendida como um processo de democratização da vida municipal, de forma continuada, e para tanto, há necessidade de além de informar, tornar explícitos e transparentes e abertos os canais de participação. Assim, assume um caráter dialógico, possibilitando práticas inovadoras e avanços reais na gestão pública (Jacobi, 1993:35). A ruptura com padrões clientelísticos da ação estatal, além da falta de recursos, é um dos desafios da implantação de políticas públicas.

Seguindo nesta lógica de ruptura com a ação estatal tradicional, cujas decisões sempre foram centralizadas e verticalizadas, a descentralização torna-se um desafio para o crescimento da participação e o fortalecimento do poder local. Portanto, “descentralizar significa ceder poder a unidade inferior, o que representa basicamente dotar de competências e meios os organismos intermediários para que possam desenvolver sua gestão de maneira mais eficaz e próxima dos cidadãos. Isto implica definir mais objetivamente o modelo de descentralização através do qual se vai governar e quais os reais espaços de participação dos cidadãos” (Jacobi, 1993:38).

Uma grande contradição perpassa a discussão do conceito de descentralização na atualidade, representada por 2 enfoques distintos.

O primeiro deles, refere-se a um princípio defendido pelo movimento de Reforma Sanitária para o modelo de organização dos serviços de saúde, à medida em que rompia com a estrutura vertical, ineficiente e passível de corrupção, representada então pelo INAMPS. Essa proposta de descentralização tem por base

a implantação de um modelo assistencial voltado para o perfil epidemiológico da população a ser atendida e permite também um maior controle social.

O segundo enfoque, sob a ótica do neoliberalismo, já citada anteriormente, visa à redução de gastos e a desobrigação do Estado tanto com o financiamento, quanto com a formulação e implantação de políticas sociais setoriais, neste caso a saúde.

A mudança organizacional do setor saúde é conseqüência de vários fatores: o compromisso dos dirigentes e seu envolvimento no processo da vontade política de mudar, da transformação das práticas organizacionais e da mobilização dos seus atores sociais.

Tendo em vista as contribuições desse quadro teórico, a seguir será exposto o histórico das políticas de saúde no Brasil, tentando contribuir para o entendimento da construção do sistema de saúde, bem como do modelo assistencial que vem sendo implantado no país, no decorrer da sua história.

II. METODOLOGIA

A realização desta pesquisa baseou-se na abordagem qualitativa, entendida como capaz de incorporar o SIGNIFICADO e a INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos humanos, sendo essa última tomada tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo, 1993:10).

Além disso, adotou-se a perspectiva histórica, tendo-se analisado como se deu, ao longo do tempo, a relação entre o processo político institucional e a implantação do SUS, enquanto política de saúde do Estado.

Neste sentido, trata-se de analisar uma situação particular, justificando-se a adoção do estudo de caso. Existem várias razões para se optar, numa pesquisa, pelo estudo de caso. A principal delas seria a possibilidade de manter o foco de atenção numa única organização e a necessidade de estudá-la a fundo. "O estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente" (Trivinos, 1992:133).

Em função dos caracteres apresentados pelos dados, o estudo de caso apresenta o seu campo de análise construído (real) limitado e fechado. "O caso é sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos no desenvolver do estudo" (Ludke, 1986:17).

A importância do estudo de caso nas ciências sociais resume-se em várias ações: descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos, e às vezes, conflitantes pontos de vista presentes na situação social.

Para a coleta de dados, foram utilizadas diversas fontes necessárias para atender seus objetivos.

Como fontes secundárias foram utilizados documentos organizacionais. Considera-se aqui documentos como "quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fontes de informação" (Phillips, citado por Ludke & André, 1986:38). A

análise documental procurou identificar informações factuais sobre as questões de interesse:

a) dados históricos, geográficos, econômicos, demográficos e de saúde produzidos pelo Banco Mundial, IBGE, Gerência de Estatística e Informática da Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina, IPUF, Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social que contribuíram para a caracterização do município de Florianópolis;

b) leis municipais relativas à saúde aprovadas no período de 1989 a 1994, bem como os processos de tramitação dos referidos projetos, aos quais foi possível ter acesso junto à secretaria da Câmara de Vereadores de Florianópolis devido à disponibilidade dos funcionários do setor de arquivos. Através dos referidos processos foi possível primeiro, obter informações relativas à iniciativa e justificativas para apresentar os projetos; segundo, comparar o conteúdo do projeto original com o que foi aprovado, e analisar as propostas de emendas; terceiro, verificar o posicionamento dos vereadores nas comissões por onde o projeto tramitou, as datas de apresentação, a passagem pelas comissões e aprovação final visando identificar a agilidade do processo;

c) atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e respectivas listas de presenças. Associada a estas informações, a aprovação da lei que criou o referido Conselho, e que posteriormente foi modificado, contribuíram para o entendimento do seu processo de implantação. Houve dificuldade para se conseguir as atas do período em que o Conselho era organizado por zoneamento administrativo(1989/92), sendo que algumas devem ter sido extraviadas pois somente há o registro da lista de presenças sem a ata correspondente. Este fato pode, talvez, significar um descaso das autoridades responsáveis à época com o significado histórico desse processo e a desvalorização dessa instância como órgão de deliberação da política municipal de saúde. As informações obtidas através das atas foram organizadas e sistematizadas através do seu conteúdo, procurando identificar fatores relevantes como dificuldades/facilidades para a implantação do conselho e construção do SUS;

d) lei n.3081/88 que criou o Fundo Municipal de Saúde e decreto n.1002/92 que o regulamentou;

e) relatórios da execução orçamentária, contendo a despesa realizada por órgãos de governo do poder legislativo e executivo, no período de 1989-94. Apesar da disponibilidade dos funcionários do Departamento de Planejamento Orçamentário - GAPLAN, no fornecimento das informações solicitadas, houve dificuldades para se conseguir os dados relativos ao orçamento previsto e aprovado na Câmara de Vereadores devido ao processo inflacionário do período, o que tornava inviável a atualização dos valores para comparar o que foi previsto com o que foi executado. Como curiosidade, foi possível ter acesso às propostas de emenda ao orçamento municipal, o que mereceria uma pesquisa à parte não apenas pelo seu ineditismo, mas pela hilaridade de algumas propostas, não fosse trágico por se tratar de dinheiro público,

f) perfil numérico da UNIMED, com a perspectiva de contribuir para avaliar o seu crescimento na região.

A pesquisa também se utilizou de entrevistas para a obtenção de dados, considerando-se aí como fontes primárias os atores sociais envolvidos. A escolha desse instrumento deu-se pela importância “do caráter de interação que permeia a entrevista” e por permitir a “captação imediata e corrente da informação desejada” (Ludke & André/1986:33-34). As entrevistas só foram realizadas após a coleta da dados secundários, o que permitiu uma visão ampliada do objeto da pesquisa, colaborando assim na elaboração dos respectivos roteiros.

A técnica utilizada foi de entrevistas semi-estruturadas, realizadas verbalmente e registradas em fita cassete, com a finalidade de abordar e apreender o ponto de vista dos atores sociais de acordo com os objetivos da investigação.

A escolha dos entrevistados foi intencional, tendo incluído os secretários municipais de saúde que ocuparam o cargo no período delimitado pela pesquisa, entendendo-se que sua indicação representa uma escolha profissional e ao mesmo tempo política, pois trata-se de um representante das relações de poder que dão sustentação ao executivo municipal e integrantes de grupos políticos que têm um projeto global para a sociedade, incluindo-se aí a saúde. Foram entrevistados cinco ex-secretários dos seis que ocuparam o cargo nesse período. Apenas um não respondeu aos diversos contatos telefônicos realizados com sua secretária, sendo que em nenhum momento foi possível o contato direto mesmo com a identificação

da autora e explicitação do objetivo da entrevista e da pesquisa. Um dos ex-secretários também exerceu o mandato de vereador e sua entrevista contribuiu com informações nesse sentido. Pela especificidade da situação e relevância do tema para a pesquisa, justificou-se a escolha de um vereador que encaminhou um projeto-de-lei sobre o Conselho Municipal de Saúde enquanto demanda do Fórum Popular de Saúde. Os demais projetos-de-lei foram de autoria do executivo, portanto o contato com os secretários municipais contemplava a questão.

As entrevistas foram marcadas em horários e locais determinados pelos entrevistados, com duração variável. Vale ressaltar a receptividade e a disponibilidade de todos em colaborar no fornecimento das informações. Como já foi citado, as conversas foram gravadas e as fitas foram transcritas por uma profissional contratada para tal e revisadas pela pesquisadora.

A técnica utilizada para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo, tendo por base o referencial teórico responsável pela direção do estudo. A análise de conteúdo é entendida aqui como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin apud Minayo, 1993: 199). A partir desta proposta, para a melhor adequação à pesquisa qualitativa em saúde, a opção dentre as várias modalidades, foi pela análise temática.

A noção de tema relaciona-se a uma afirmação sobre determinado assunto. Ainda citando Bardin apud Minayo: “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (1993: 208).

Os dados obtidos com as fontes documentais foram sistematizados e organizados de acordo com os temas relacionados aos objetivos da pesquisa, assim o conteúdo das entrevistas também foi organizado com os mesmos critérios, construindo um conjunto de categorias descritivas.

A interpretação dos dados buscou uma abordagem que identificasse os movimentos, as contradições e os determinantes sócio-econômicos e políticos que

possam ter influenciado a implantação do SUS no município, contextualizando historicamente esse processo.

III. HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo trata do histórico das políticas de saúde no país, iniciando com o relato de Pires sobre a criação das Santas Casas e a seguir com Landim expondo sobre a relação entre a Igreja e o Estado, e conseqüente disseminação de entidades sem fins lucrativos. A análise da evolução do sistema de saúde brasileiro, baseia-se em Mendes, que começa com o modelo do sanitarismo campanhista do início do século associado ao modelo econômico agroexportador, passando pelo modelo médico-assistencial privatista, até chegar ao projeto neoliberal, que vem sendo implantado a partir da década de 80.

Segundo Pires , "com os primeiros colonizadores, veio para o Brasil a idéia da criação de Santa Casas e, apesar da polêmica em torno das datas de fundação destas instituições, aceita-se que a primeira foi fundada em 1543 por Brás Cubas, em Santos, sendo seguida pelas do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus, todas no século XVI, além de outras, nas demais capitanias, no século XVIII"(1989:36). As Santas Casas representam as primeiras instituições não governamentais a prestar assistência de saúde no Brasil, e cujo caráter da assistência era mais voltado à caridade e ao espiritual do que aos males do corpo.

A colaboração entre a Igreja e o Estado fez com que se disseminassem entidades sem fins lucrativos também nas áreas de educação e assistência social, além da saúde. Ainda na sociedade colonial, o movimento abolicionista contribuiu para a criação de inúmeras associações civis envolvendo a participação de diferentes atores sociais nos centros urbanos do país.

Nas últimas décadas do século XIX, como conseqüência do processo de industrialização, multiplicam-se as "sociedades beneficentes de auxílio mútuo" e surgem os primeiros sindicatos. Essas sociedades mutualistas, consideradas como importação do modelo europeu, são citadas na literatura sociológica mais em função do seu papel político enquanto ligadas à ação sindical, do que em função da sua ação previdenciária e assistencial. A polêmica entre "previdência" e "luta", "atração" e "adesão", "desmobilização" ou "atraso político" contida na ação beneficente mutualista, figura entre os temas das discussões nos sindicatos desde aquela época.

Até 1930, a atuação do Estado no que se refere à prestação de serviços sociais, saúde e educação foi muito precária, permanecendo a dominação da ação das entidades religiosas.

A década de 30 “inaugura no Brasil uma era nacional - desenvolvimentista e centralizadora, com um reforço do autoritarismo político e uma intervenção do Estado na economia e na sociedade”. (Santos, apud Landim, 1993:23). Uma nova racionalização toma conta das relações do estado e do setor privado, expandindo o financiamento e a prestação de serviços, por parte do Estado, em diversas áreas como saúde e educação. A política social implantada no Brasil apresenta como características, o corporativismo, a fragmentação, a seletividade e a ineficiência.

O Estado Novo, segundo Landim (1993:26), em seu projeto centralizador e autoritário, determinou um papel às entidades sem fins lucrativos, principalmente às religiosas, concedendo isenções, incentivos fiscais e financiamentos para escolas, hospitais e obras sociais. A relação com o associativismo independente e politizado é de conflito e exclusão. Com o sindicalismo promove “colaboração/ controle/ cooptação” e dissolve outras associações civis.

O modelo assistencial implantado no Brasil caracterizou-se pela dicotomia entre saúde pública e medicina previdenciária, convivendo com o setor privado na prestação de serviços. A saúde pública organizou-se a partir do século XIX com base na preocupação com o controle de epidemias e endemias, desenvolvendo a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica e programas voltados para população de risco.

Os órgãos governamentais responsáveis pela execução das políticas de saúde caracterizam-se pela centralização, verticalização e pelo caráter emergencial, esporádico e campanhista. A formulação dessas políticas tem por base o modelo econômico agroexportador fortemente baseado no café, até meados desse século.

Portanto, o que se implantou foi uma política de saneamento dos espaços urbanos e também o controle e erradicação de doenças que pudessem prejudicar a exportação.

Nesse sentido, Mendes (1993:19) avalia a evolução do sistema de saúde brasileiro, que desde o início do século transitou do sanitário campanhista ao

modelo médico-assistencial privatista, até chegar na década de 80, ao projeto neoliberal.

O sanitarismo campanhista tem por base uma visão militarista, de combate às doenças de massa, com criação de estruturas para esse fim, concentração de decisões e estilo regressivo de intervenção sobre os corpos individual e social.

As práticas dos profissionais baseavam-se no binômio controle-combate e a concepção de prevenção se dava através de programas de educação em saúde, para modificar os hábitos de vida das populações pobres, imputando a doença à ignorância e desinformação dos indivíduos e não ao modelo de sociedade.

O processo de industrialização que substituiu ao modelo econômico agroexportador, traz consigo o surgimento da Previdência Social no Brasil, a partir da década de 20.

Em 1923, surge a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP's) dos Ferroviários, as quais se seguiram outras. As CAP's tinham como característica a organização por empresa, sendo administradas e financiadas por empresários e trabalhadores, tendo como atribuição central, permanente e obrigatória, a assistência médica.

Sob a doutrina do seguro e com orientação para conter gastos, estruturados por categoria profissional, surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que devido ao seu caráter contencionista visando acumulação tornaram a assistência médica provisória e secundária. Outra mudança significativa, a partir de então, é a contribuição do Estado alterando a natureza do financiamento, que passa a ser tripartite.

“A capitalização previdenciária tornou-se uma sócia privilegiada do Estado e das empresas estatais que começavam a surgir”, conforme relata Mendes (1993:21).

Com o processo de industrialização que se implantou de forma acelerada, a partir da década de 50, há necessidade de mudanças na política de saúde. Agora não é mais necessário sanear os espaços de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, visto que há uma massa operária que se deslocou para os centros urbanos e deve ter sua capacidade produtiva preservada e restaurada.

Com o golpe militar em 1964, as condições políticas para a hegemonização de um novo modelo de saúde são favorecidas, a partir de uma coalizão internacional modernizadora e suas políticas econômicas, como a centralização de recursos no governo federal, controle do déficit público e criação de fundos específicos para políticas setoriais. Além disso, fortalece o papel regulador do Estado e a expulsão dos trabalhadores do controle da Previdência Social.

Em 1966, é criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), concentrando e uniformizando os benefícios dos IAP's.

Segundo Oliveira e Teixeira (1986:342), esse modelo apresenta como principais características:

- a) a extensão da cobertura, abrangendo quase a totalidade da população urbana e rural;
- b) o privilégio à prática médica individual, curativa, assistencialista e especializado, em detrimento à saúde pública;
- c) a criação de um complexo médico-industrial, com a intervenção do Estado;
- d) a capitalização da medicina e privilegiamento do setor privado, através do desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica voltado para a lucratividade.

A inversão de prioridades no modelo que se desenvolveu de 1930 a 1988, evidencia o privilégio do modelo hospitalocêntrico sobre a medicina preventiva. Conforme relatório do CEBRAP (1993:15), ao avaliar a distribuição de recursos, em 1949 observa-se que 13% financiavam a medicina curativa e 87% a medicina preventiva. Já no final dos anos 80, esses valores quase que invertem-se, ou seja, 78% dos recursos vão para a medicina curativa e 22% para a medicina preventiva.

Paralelamente ao crescimento da estrutura previdenciária e curativa, há progressivamente a universalização do atendimento, iniciado a partir de 1966 com a centralização do atendimento através da estrutura do INPS e, posteriormente com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - 1977).

Essa centralização de decisões e principalmente de recursos na estrutura federal, enfraquece a capacidade de intervenção e atuação dos governos estaduais

e municipais, e também do próprio Ministério da Saúde, visto que essa concentração ocorre principalmente no Ministério da Previdência Social.

O atendimento à saúde passa a compor-se de um tripé, que além do modelo hospitalocêntrico e da centralização institucional, inclui o setor privado.

As formas privadas de atenção à saúde caracterizavam-se remotamente pela presença do médico enquanto profissional liberal, que mantinha relação direta com os pacientes.

Os hospitais eram pequenos, restringindo-se a casos terminais ou às enfermidades mentais. Originavam-se geralmente do Estado ou de organizações religiosas, corporações profissionais e sindicatos, com atividades de caráter beneficente e filantrópico.

A necessidade de atendimento diferenciado a quem pudesse pagar e a recuperação e reposição da força de trabalho, por parte das empresas, abriu espaços para desenvolvimento das empresas médicas, originando o setor saúde privado no Brasil.

O hospital assume posição central na prestação dos serviços de saúde no final da década de 50 e caracteriza-se como detentor da infra-estrutura necessária à prestação dos serviços de saúde.

A rede hospitalar privada supera a rede pública, no entanto, seu custeio era feito cada vez mais pelo poder público.

No início da década de 60, o sistema previdenciário não dá conta de atender a demanda da população, que solicita ampliação e melhoria dos serviços. O surgimento do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) possibilita a utilização da rede privada, com o incentivo dos governos militares para atender aos setores empresariais.

Os dados apresentados por Mendes dão conta de um crescimento de 465% da rede privada, que contava com 74.543 leitos hospitalares em 1969, 348.255 em 1984. No período de 1971 a 1977, o setor contratado da Previdência Social apresenta um crescimento de 322% nas internações hospitalares, 638% nas consultas médicas e 434% nos serviços de apoio diagnóstico. (1993: 23)

O desenvolvimento do setor privado apresentou características especiais: “capital fixo subsidiado, reserva de mercado e, por conseqüência, baixíssimo risco empresarial e nenhuma competitividade” (Mendes, 1993: 23).

O surgimento do convênio-empresa é a forma embrionária de uma nova modalidade assistencial. Nesse modelo, a empresa contratante responsabiliza-se pela assistência médica a seus empregados e recebe subsídio da Previdência, atendendo uma clientela mais qualificada e com melhor padrão organizativo. O primeiro convênio foi assinado em maio de 1964, entre o IAPI e a Volkswagen, e em 1977 contava com 4.699 convênios que atingiam 10% da população previdenciária da época. A articulação entre o Estado e o empresariado viabilizou o desenvolvimento de um subsistema, a atenção médica supletiva, que se tornaria hegemônica na década de 80.

A Lei n.º 6229, de 17/07/75, que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, reforça a visão dicotômica da assistência à saúde separando as ações em preventivas e curativas, sem integração institucional e sem estabelecer uma política nacional de saúde articulada que tivesse por base o real quadro da saúde brasileira.

A referida lei estabelece que cabe: ao Ministério da Saúde (MS), a execução das ações de caráter coletivo; ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o atendimento médico individualizado; ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), a formação dos profissionais de nível universitário; ao Ministério do Interior (MI), as ações de saneamento e política habitacional; ao Ministério do Trabalho (MTb), a higiene e segurança do trabalho e doenças profissionais.

Dentro desse quadro, segundo Feliciello (1992), o governo estabelece uma política que destina 1% do Orçamento Federal ao Ministério da Saúde, enquanto que o Ministério da Previdência tinha o 2º orçamento do país e despendia 25 a 30% desse montante com assistência médica, repassando 90% desses recursos à iniciativa privada.

Na década de 70, assinala-se a crise no sistema previdenciário, devido à existência de custos crescentes e ineficazes, pois o complexo médico-hospitalar da rede privada é financiado com dinheiro público e desenvolve ações curativas para recuperação e reposição da força de trabalho. É uma crise econômico-financeira e

na estruturação da rede de serviços, ou seja, uma crise política que impõe ao Estado a necessidade de reordenação da política de saúde adotada.

Em 1978, articula-se uma proposta internacional acordada na conferência de Alma-Ata, baseada nos cuidados primários de saúde, um modelo assistencial de baixo custo para atender a parcela da população excluída do modelo privatista.

No Brasil, começa a se desenvolver um programa de atenção primária seletiva, que segundo Mendes contava "com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas através da oferta de tecnologias simples e baratas, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referência a níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação comunitária" (1993:27).

Não se quer com isso, negar a proposta de atenção primária, mas entendê-la como uma concepção ampla de reorganização do setor saúde para satisfazer as necessidades de toda a sociedade.

Abre-se espaço político e institucional, então, para o desenvolvimento de um movimento contra-hegemônico da saúde, que na década de 80 viria a ser conhecido como Reforma Sanitária. Surge nas Universidades, com a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva, onde o pensamento crítico da saúde dá origem à base político-ideológica da Reforma Sanitária, o movimento sanitário.

No plano político, essa década representou a luta da sociedade brasileira para vencer a ditadura militar e estabelecer um processo de democratização no país.

Como exemplos concretos, é possível citar os movimentos pela anistia geral, pelas eleições diretas e pela busca dos desaparecidos políticos, bem como as organizações de associações comunitárias, das minorias (éticas e sexuais) e reorganização do movimento sindical com a criação da CUT (Central Única dos Trabalhadores), em 1983.

Essa crescente e efervescente mobilização da sociedade civil não foi suficiente para a transformação da ordem sócio-político brasileira. A reorganização do país desenvolveu-se lenta e conflituosamente, segundo Luz (1994:132), com negociações entre as forças mais conservadoras e moderadas a partir das eleições de 1982, no sentido de ampliar a "abertura democrática".

O processo de transição de uma ditadura militar para um estado democrático deveria supor a capacidade de superar a herança dos problemas políticos e sociais. No caso específico da formulação de uma nova política de saúde, Luz ressalta a divergência, e às vezes o antagonismo entre os diversos discursos institucionais. As mudanças de estrutura, em discussão desde os anos 60, foram impedidas por obstruções, desentendimentos e boicotes estabelecidos por interesses internos e externos às instituições de saúde. Isso dificulta transformações consistentes e duradouras nas práticas institucionais.

No entanto, vale ressaltar a novidade e originalidade de certas práticas, como a participação nos serviços de saúde, reflexo da tomada de consciência da sociedade civil sobre a importância do papel da saúde e das instituições na vida coletiva.

O debate privado x estatal contou com a entrada em cena de um novo ator político, o empresário da saúde, que defende publicamente seus interesses e faz lobbies não só no Legislativo (Congresso Nacional e Assembléia Legislativa), mas também nos serviços públicos (federais, estaduais e municipais) da área e instituições formadoras de recursos humanos (universidades e hospitais universitários).

O modelo médico assistencial privatista, hegemônico até então, é classificado por Mendes, como composto estruturalmente por 4 subsistemas:

- 1) Subsistema estatal: responsável pelas ações de saúde pública de responsabilidade do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais, caracterizada pela medicina simplificada prestada a populações não integradas economicamente;
- 2) Subsistema privado contratado e conveniado pela Previdência Social: hegemônico, oferece cobertura aos beneficiários dessa instituição, tendo como ator social significativo a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) e secundariamente a Federação das Misericórdias;
- 3) Subsistema privado de atenção médica supletiva: começa a desenvolver-se utilizando-se dos convênio-empresas, buscando mão-de-obra qualificada de grandes empresas, tendo como ator público a Associação Brasileira de Medicina de Grupo

(ABRAMGE). Sem atender um número de beneficiários significativo na década de 70, veio a se tornar hegemônico na década de 80;

4) Subsistema de alta tecnologia: organizado a partir do convênio MEC/MPAS, tem por base os hospitais universitários, mas ainda não se constitui como um espaço orgânico de articulação de interesses das elites médicas e produtores privados de bens e serviços (Mendes, 1993:30).

Com a crise fiscal do Estado, esse modelo apresenta inadequações à realidade sanitária nacional: a prática médica curativa não tem capacidade de alterar o perfil de morbimortalidade; os custos crescentes não permitem sua expansão; a compra de serviços privados era incompatível com uma ação racionalizadora; o modelo dual gerava superposições das ações e não permitia controle; há crescente insatisfação dos usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviços e queda de qualidade na assistência prestada.

A crise da Previdência Social, agravada nos primeiros anos da década de 80, é caracterizada por 3 momentos: crise ideológica (PREV-SAÚDE), a crise financeira e a crise político-institucional (CONASP).

Nesse processo, conformam-se 2 projetos político-sanitário alternativos, reflexo de interesses e ideologias diferenciadas: a reforma sanitária, contra-hegemônico; e o projeto neoliberal, hegemônico, forma conservadora para atualizar o modelo privatista.

O PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde foi encomendado a um grupo técnico interministerial, tendo como objetivo básico a universalização dos cuidados primários de saúde, através da "regionalização, hierarquização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas simplificadas, utilização de pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema" (Mendes, 1994:34-35). O projeto continha as diretrizes do movimento sanitário, mas teve o viés da elaboração tecnocrática. Recebeu críticas de caráter ideológico de todos os grupos e após análise pela CIPLAN, foi encaminhando à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Após várias versões, foi definitivamente abandonado .

A crise financeira, agravada a partir de 1981 como reflexo da política econômica recessiva implantada no país, identifica as despesas com assistência

médica como foco principal dessa crise da Previdência e evidencia o posicionamento diferenciado entre a Federação Brasileira dos Hospitais, acuada por conta das denúncias de fraudes, e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo, que se coloca como alternativa de custo zero.

A partir de então, inicia-se o processo de mudança de hegemonia no setor privado com o enfrentamento entre um setor dependente do estado e outro sem relações diretas com a Previdência Social.

O terceiro momento, da crise político-institucional, leva à criação de uma instância reguladora da saúde previdenciária.

Em 1981, é criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), órgão do MPAS, que propõe a racionalização dos gastos e reorganização do Sistema Nacional através do Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, aprovado em 1982.

O referido plano, dentre suas diretrizes, propunha: aumento de produtividade, equidade nos serviços prestados à população urbana e rural, eliminação da ociosidade, regionalização, hierarquização, auditoria médico-assistencial e revisão em mecanismos de financiamento. Dentre diversos projetos apresentados, 2 foram priorizados: o Plano de Contas Hospitalares que acabou com o pagamento por unidade de serviço; e o Plano de Racionalização Ambulatorial que propunha hierarquização da rede tentando aliviar a demanda hospitalar.

O CONASP contou com apoio tanto no movimento sanitário como na ABRAMGE, mas teve a oposição do FBH.

Com a atuação de alguns técnicos do movimento de reforma sanitária, em postos importantes na direção do INAMPS, inicia-se a discussão de um projeto contra-hegemônico em formação. Com as eleições de 1982, também são ocupados cargos em Secretarias Estaduais de saúde.

A partir do CONASP, em 1983 foram implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), com a finalidade de promover uma articulação inter-institucional com o intuito de desenvolver ações mais eficientes e eficazes.

No primeiro período, entre 1983 e 1984, a proposta das AIS é mais um discurso do que uma prática concreta, por parte do governo. Contribuem para isto,

as limitações da conjuntura por conta da crise da Previdência, bem como a incompetência do governo militar em articular base de sustentação política. Até março de 1985, apenas um pouco mais de 130 municípios já haviam assinado os termos de adesão às AIS, principalmente no Rio de Janeiro, Paraná e Piauí.

Esse plano contava com a oposição dos prestadores privados de serviços médico-hospitalares e suas articulações nas estruturas de poder da Previdência, além da ABRAMGE e Associação Médica Brasileira (AMB).

O Programa das AIS, muitas vezes tornou-se um espaço de intermediação clientelística, com a participação das bancadas federais situacionistas.

O segundo período das AIS compreende o início do governo Sarney, em 1985, até a implantação do SUDS, em 1987.

Num primeiro momento da Nova República, com Hésio Cordeiro no INAMPS, a estratégia das AIS ganha projeção nacional. Até o final de 1986, são quase 2.500 municípios que aderiram ao programa, sendo a totalidade dos municípios do Rio de Janeiro, Paraná e Distrito Federal; e grande parcela em Minas Gerais, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Sul e São Paulo.

As AIS, enquanto política de saúde, constituíram-se como estratégia à descentralização; possibilitaram a expansão da capacidade instalada da rede pública, predominantemente a ambulatorial; organizaram as comissões inter-institucionais de saúde. Entretanto, não conseguiram acabar com “o paralelismo e a centralização do poder decisório no âmbito federal” (LEVCOVITZ & NORONHA, 1994:86).

O discurso sobre as questões de saúde à época, abordaram 2 aspectos: no nível político-institucional, dentre outras coisas, o reconhecimento do direito à saúde enquanto dever do Estado, a convocação de uma Conferência para subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte; no nível operacional, a descentralização das ações de saúde. Para tanto, haveria de se criar uma proposta de transição para um Sistema Unificado de Saúde, sob a ótica do movimento sanitário.

Segundo Mendes, em 1986 ocorre o “evento político-sanitário mais importante da década: a VIII Conferência Nacional de Saúde”, que reuniu mais de 4.000

pessoas em Brasília para discutir a reforma sanitária a ser implantada pelo governo (1993:41).

Essa conferência diferencia-se das realizadas anteriormente, por 2 aspectos referentes a sua organização:

- a) seu caráter democrático, com participação de delegados representantes das mais diversas forças sociais interessadas na saúde (partidos políticos, instituições públicas de saúde, produtores privados de bens e serviços, universidades, movimento sanitário, parlamentares e organizações não governamentais);
- b) sua configuração enquanto processo social, iniciando com conferências municipais e estaduais, até chegar à nacional.

Em relação à polêmica das discussões, outros 3 pontos devem ser ressaltados:

- a) a ruptura com a compreensão vigente até então, da saúde como um estado biológico de normalidade (ausência de doenças) para a elaboração de um conceito abrangente explicitado no seu relatório final: “a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistado pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Ministério da Saúde, 1987:13).
- b) o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do estado, propondo a transição de uma cidadania regulada para uma cidadania plena, reconhecendo o direito de todos ao acesso igualitário às ações de saúde, sendo o Estado responsável pela garantia desse direito;
- c) a reformulação do sistema de saúde, de caráter estratégico, criando um Sistema Único de Saúde com princípios essenciais como a universalização, integração e hierarquização das ações de saúde, a unificação institucional dos serviços de saúde e a participação popular.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, enquanto desdobramento da conferência, atua como instrumento político-ideológico com influência significativa nos acontecimentos de 1987: a implantação do SUDS, em nível do poder executivo; a elaboração da nova constituição brasileira, em nível de poder legislativo.

Em 20 de julho de 1987, é publicado o Decreto nº94657, que cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS, com a finalidade de estabelecer uma política de ações integradas entre MS e MPAS, incluindo também o MEC nesse programa.

Em implantação desde o mês de maio de 1987, através de convênios, protocolos de intenções ou termos aditivos, o SUDS incorpora os princípios da reforma sanitária citados anteriormente e passa por dois momentos distintos, assim como as AIS: da sua implantação até o final da gestão Hésio Cordeiro (1987-88), tentando realizar os princípios da reforma sanitária e preparar a transição para o SUS; do início da administração Serrão até o final do governo Sarney (1988-90), quando as ações políticas de fundo do primeiro momento são minadas com a justificativa de corrigir distorções.

Como ações importantes após a implantação do SUDS, citamos: desconcentração para estados e municípios, com incremento no repasse de recursos; desestabilização acelerada do INAMPS - sustentáculo do modelo médico-assistencial privatista e sua retirada gradual da prestação direta de serviços; aumento do controle sobre as fraudes no setor privado; reforço das decisões colegiadas, através das decisões colegiadas, através das comissões inter-institucionais de saúde; prioridade relativa para as instituições filantrópicas, dentro do setor privado; incremento de recursos para o subsistema de alta tecnologia.

Com essa estratégia, dentre as forças que a sustentam estão a burocracia previdenciária de direção, o movimento sanitário, governadores, secretários de saúde e as elites médicas; como opositores estão a burocracia previdenciária do segmento representativo dos interesses privados e do segmento corporativo que temia a extinção do INAMPS, o setor privado contratado através da Federação Brasileira dos Hospitais e Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, e o sistema político clientelístico.

O início do "Governo Sarney propriamente dito"(1988) é caracterizado: pelo fortalecimento e recondução dos atores políticos resistentes à perda dos privilégios históricos na relação com o Estado e às mudanças propostas; as ações do governo federal concentram-se na questão da duração do mandato presidencial; as relações com governos estaduais e municípios importantes têm por base o apoio aos 5 anos de mandato para o Presidente Sarney, inclusive com farta distribuição de recursos públicos.

A nova direção do INAMPS tratou de reconstruí-lo e a sua estrutura burocrática, dificultar a desconcentração para os estados, diminuir o repasse de recursos e atrasar a liberação de pagamentos.

O SUDS, apesar dos avanços, apresentou alguns erros estratégicos como excessiva estadualização, gerando a uma ação clientelística de municipalização seletiva e pouca valorização do processo de implantação de distritos sanitários para mudança do modelo assistencial.

Enfim, o SUDS reforçou os mecanismos de universalização excludente e não superou o clientelismo e o corporativismo das relações entre Estado e sociedade.

O relatório do CEBRAP coloca como universalização excludente, um processo através do qual esta "não foi acompanhada por um aumento correspondente nos recursos, provocando uma queda geral na qualidade dos serviços". Esta queda expulsou contingentes dos setores médios para a iniciativa privada, principalmente para os planos de saúde. Restaram segmentos sociais menos privilegiados como usuários da rede pública, com menor capacidade de organização e expressão de suas demandas.

Além disso, os antigos usuários não consideram a melhoria do serviço público como de seu interesse, dificultando a formação de opinião pública favorável e o envolvimento de sindicatos representativos de setores econômicos mais modernos e oligopolizados (CEBRAP, 1993: 18-19).

O SUDS não se desestruturou mais pelo fato de acontecer concomitante ao processo constituinte, quando se formou um espaço democrático de negociação.

A Constituição Federal de 1988, ao mesmo tempo que incorpora conceitos e diretivas da prática hegemônica, propõe nova lógica organizacional de acordo com a

reforma sanitária. Dentre eles, citamos: o conceito de saúde relacionado às políticas sociais e econômicas e entendido com um direito de cidadania; as ações e serviços de saúde são considerados de relevância pública; criação do SUS e inclusão da saúde no campo da seguridade social.

Apesar das ambigüidades, o texto constitucional apresentou avanços permitindo a continuidade da luta política entre os projetos da reforma sanitária e neoliberal.

Como consequência em 1990, são aprovadas 2 leis: a Lei 8080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; e a Lei 8142, que dispõe sobre a participação popular na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros para a saúde.

Com as mudanças jurídicas e institucionais, sob os pressupostos da reforma sanitária, teve-se a impressão de que o projeto político-sanitário deu as diretrizes das políticas de saúde nos anos 80. No entanto, sutilmente em decorrência das políticas públicas consolidou-se o projeto neoliberal.

Outro fator a ser analisado é a inclusão institucional de sanitaristas em postos políticos importantes do MS, MPAS e INAMPS. Há o lado positivo de conhecimento dos instrumentos de governo, mas fragilizaram-se setores acadêmicos formuladores de estratégias contra-hegemônicas. Pode-se avaliar também que houve um privilégio do espaço institucional, às possibilidades de acumular capital político na sociedade civil para enfrentar o projeto neoliberal.

A necessidade de reciclagem da proposta conservadora do modelo médico-assistencial privatista, fez com que a hegemonia do projeto neoliberal fosse se consolidando no decorrer dos anos 80, inclusive por baixo da reforma sanitária. As políticas sociais brasileiras foram sendo construídas com base nas estratégias do neoliberalismo: privatização, descentralização e focalização, tratados no item anterior e presentes no caso da saúde.

O projeto neoliberal criou um subsistema forte e de baixa regulação pelo Estado, o da atenção médico supletiva, que é autônoma do financiamento direto do Estado e expande-se com a perda de qualidade do subsistema público. Esse projeto é composto por 3 subsistemas:

a) subsistema de alta tecnologia: sofre mudanças quantitativas e qualitativas em relação ao modelo anterior (médico-assistencial privatista). Surge a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino com uma ação política mais orgânica, e também grupos corporativos de associações de especialidade médicas recebem recursos crescentes de suas alianças com o INAMPS.

Há uma relação de poder multifacetada composta por centros de poder, elites médicas, setores modernos produtores de bens e serviços de saúde e segmentos da população com potência de vocalização política que propugnam essa assistência de alto custo e formam opinião com repercussão na imprensa.

Para atender à demanda crescente, o seu segmento estatal busca formas diferenciadas para autonomia de gestão: fundações de direito privado, empresas públicas, autarquias especiais, etc, mantendo como fonte principal de investimentos e financiamento, os recursos públicos. Segundo Mendes, para atender uma demanda de 2 a 3% da população consome em torno de 30% dos recursos do SUS (1993: 61).

b) subsistema privado de atenção médica supletiva: torna-se hegemônico no decorrer dos anos 80, incorpora o subsistema privado contratado e conveniado e seu núcleo ideológico. Beneficia-se do processo de universalização excludente, sendo que em 1989 cobre 22% da população do país. Esse modelo é vendido como um conjunto de modalidades assistenciais a custo zero para o Estado, mas a legislação considera como custos operacionais das empresas as despesas com serviços de saúde, e podem ser repassados aos preços de produtos. Em resumo, atende a grupos privilegiados mas é financiada em última instância, pelo conjunto da população. Algumas empresas ainda, consideradas de utilidade pública, são isentas de impostos

É composto por 5 modalidades de assistência: medicina de grupo - administra planos de saúde para indivíduos, famílias ou empresas sob a forma de pré-pagamento; sistemas próprios - empresas que administram ou contratam terceiros para administrar seus planos de saúde, sob a forma de pós-pagamento; seguro - saúde - há intermediação de entidade seguradora que cobre ou reembolsa os gastos com atenção médica; cooperativa médica - os médicos são sócios e prestadores de serviços ao mesmo tempo; planos de administração - empresa especializada na

gestão que faz a intermediação entre as empresas contratantes e os prestadores de serviço contratados.

c) subsistema público: subdivide-se em outros 2 grupos - o estatal, responsável por 75% da capacidade instalada sem internação, e em contrapartida, por apenas 26,5% dos estabelecimentos hospitalares, composto por instituições federais, estaduais e municipais; o privado, admitindo contratos jurídicos com sindicatos, empresas, estabelecimentos filantrópicos, beneficentes e lucrativos. Por conta da "universalização excludente", coloca-o como responsabilidade do Estado, de forma direta ou indireta, a assistir as maiorias forçadas a nele permanecer e compensa com racionamento a incorporação de usuários, tendo como consequência a queda na qualidade dos serviços prestados.

Os anos 90 trazem o agravamento da crise econômica e fiscal, e com isso o "Sistema Único de Saúde", que não conseguiu se consolidar, transformou-se num sistema subfinanciado pelo Estado, destinado a uma maioria da população sem vocalização política, onde a rede pública é o "único" acesso aos serviços de saúde. Para os indivíduos integrados na vida produtiva e em boas condições de saúde, a medicina complementar é a alternativa para a intercorrências agudas.

Há de se retornar o sonho de uma nação saudável, acreditar que é possível retornar o crescimento, superando as desigualdades sociais, assegurar a construção da democracia para garantir o projeto de reforma sanitária, que "somente se corporifica num ambiente democrático, onde se encontram a emergência de novos sujeitos políticos, a liberdade do dissenso e o governo dos cidadãos" (Mendes, 1993 : 42).

IV. O MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS E A QUESTÃO DA SAÚDE

Este capítulo tem como objetivo caracterizar melhor o município de Florianópolis, para que o leitor possa ter uma visão global e entender suas peculiaridades na área da saúde.

Nesse sentido, inicia sintetizando o processo de colonização, além de situar geograficamente a cidade. A seguir, apresenta as características da população, com dados sobre o total de habitantes, situação do saneamento básico, população economicamente ativa e renda familiar. Encerram o capítulo, os dados sobre mortalidade geral e infantil, morbidade e a caracterização da rede de serviços de saúde.

Em nível de contribuição são citados alguns dados do Brasil e de outros países para efeitos de comparação de alguns indicadores. As diferenças podem demonstrar que os problemas de saúde diferem qualitativamente, estando a estrutura de morbidade de grupos menos favorecidos da população mais ligados às questões sociais relativas à qualidade de vida como moradia, educação, trabalho, etc.

1 - Conhecendo um pouco da História:

Florianópolis foi habitada primitivamente por populações indígenas tupi-guaranis, que aqui viviam desde aproximadamente 6000 anos, e a riqueza de recursos lhes proporcionava o correto manejo do ambiente natural. O cruzamento destes com os europeus gerou o índio carijó. Estes habitantes da Ilha de Santa Catarina deram-lhe as primeiras denominações, ou seja, Meiembipe que significa "lugar acima do rio" e Jurerê-Mirim como "bem pequena".

O nome Ilha de Santa Catarina, foi dado pelo navegador Sebastião Caboto, em 1526, em expedição a serviço da Espanha.

Em decorrência da política expansionista de Portugal e com as primeiras descobertas de ouro em Paranaguá, a partir de 1570, os vicentistas dirigiram-se para o sul destruindo as culturas indígenas e fundando diversas vilas, dentre as

quais, a atual Florianópolis. O processo de ocupação da região acentuou-se a partir do século XVII com a caçada dos bandeirantes aos indígenas, que aos poucos afastaram-se da costa.

As terras da Ilha de Santa Catarina foram sendo concedidas, na forma de sesmarias, a quem as solicitasse. Foi o que aconteceu com Francisco Dias Velho, que aqui chegou em 1675 acompanhado de sua família, iniciando a urbanização ao redor da igreja de cal e pedra que foi construída onde hoje se situa a Catedral Metropolitana. A subsistência era garantida através da mandioca, milho, feijão, fumo, pescaria, cana-de-açúcar e gado. Em 1689, a povoação foi atacada e dias Velho foi trucidado, tendo como consequência o esvaziamento da população.

A antiga donataria foi revertida para a Coroa e integrada à Capitania de São Paulo, em 1711, sendo, nessa época uma pequena comunidade pesqueira que servia como entreposto para embarcações, com uma população em torno de 147 habitantes, excluindo-se os negros e índios.

O povoado foi elevado à categoria de Freguesia (Distrito) em 1714, com o nome de Nossa Senhora do Desterro, mas havia apenas 27 casas em torno de 1720 e a Coroa indicou o aumento da população e da povoação.

Desterro foi elevada à categoria de Vila em 1726, à Capitania em 1739, mas subordinada ao Rio de Janeiro desde o ano anterior.

O primeiro governador da nova Capitania foi o Brigadeiro José da Silva Paes. No seu governo foram instaladas diversas repartições civis, iniciaram-se as obras de construção da Casa de Governo e foi obtida a permissão para a construção de uma Igreja Matriz. Destaca-se, nesse período, o início da fortificação da Ilha, com a construção das 4 primeiras fortalezas.

O povoamento incrementa-se com a chegada de aproximadamente 5.000 pessoas vindas das Ilhas dos Açores e da Madeira, no período de 1748 e 1756. Como efeito desses esforços para povoar Desterro, Dom Pernetty contou 150 casas em 1763, e La Prouse calculou em torno de 400, vinte anos após.

A restrita expressão econômica de Florianópolis, baseada quase que exclusivamente na economia de subsistência, deve-se a alguns fatores como: "as dificuldades e limitações impostas pela função estratégica militar de Florianópolis na

organização sócio-econômica colonial, a posição periférica e praticamente isolada desta região em relação aos pólos da economia agro-exportadora, a relativa pobreza do solo e dos imigrantes açorianos" (IPUF, 1990, 003).

Com a vitória de Floriano Peixoto na revolta de 1893, Nossa Senhora do Desterro passou a se chamar Florianópolis a partir de 1894.

A função comercial de Florianópolis, enquanto porto de exportação de produtos primários e de importação de bens, cresceu após a imigração européia para a região do Vale do Itajaí, Nordeste e Sul do Estado, devido à necessidade de transações comerciais com o resto do país.

Em 1926, a ponte Hercílio Luz faz a ligação da ilha com o Estreito, propiciando a expansão urbana de Florianópolis.

A partir de então, ao mesmo tempo que se expande o aparato governamental na cidade, devido às limitações de seu porto ela perde sua condição de principal centro importador para o porto de Itajaí, ao mesmo tempo que progressivamente há transferência do comércio marítimo para rodoviário.

Os municípios vizinhos de São José, Palhoça e Biguaçu, até pelo menos 1950 mantêm-se estagnados, com características rurais, e fornecendo alguns produtos primários para atender a demanda do modesto centro urbano insular.

A partir da década de 60, a implantação da Universidade Federal de Santa Catarina e a expansão do complexo governamental repercutem sobre a estrutura comercial e de serviços, além do asfaltamento da BR - 101, que afetam a dinâmica urbana da capital de Santa Catarina.

A especulação imobiliária que se desencadeou a partir de 1970, alterou a configuração urbana com expansão no sentido do continente, pois as populações migrantes, principalmente as de baixa renda, já não apresentavam condições de localizar-se na ilha.

A implantação da BR-101, responsável pela articulação de Florianópolis com o restante do país, somando-se à ampliação do aeroporto, que foi recentemente internacionalizado, fez com que a ilha despontasse para a atividade turística, pois a região é extremamente atraente, fato que proporcionou um novo estímulo à atividade terciária.

2 - Situação Geográfica:

O município de Florianópolis possui uma área de 451 Km², dividida entre a ilha e o continente.

O seu ambiente físico contempla diversos ecossistemas perfeitamente compatibilizados, resultado de um processo de sucessão ecológica que ocorre de forma dinâmica ao longo dos últimos 300 milhões de anos, numa contínua batalha das espécies vivas. Como exemplo dessa diversidade citamos: as águas rasas, os costões, as praias, os mangues, os rios, os pântanos, as matas ciliares, as matas de planície e as matas pluviais de encosta.

No aspecto geológico, a parte insular caracteriza-se por 2 formas: as planícies (zonas sedimentares) e a cadeia de montanhas da parte central da ilha, no sentido norte-sul (elevações graníticas).

Gradativamente, o equilíbrio ecológico vem sendo rompido com crescente devastação de recursos naturais, desde a chegada dos colonizadores no século XVII.

Nas últimas décadas, com o crescimento urbano, a devastação de áreas planas e a ocupação de encostas de morros inicia processo de erosão, agravado pela poluição ambiental.

O clima da região caracteriza-se como subtropical, com grande amplitude térmica anual (8 a 9°C), sofrendo variações pela movimentação das massas polares no outono e inverno. A temperatura média anual é de 20,5°C, sendo janeiro o mês mais quente (24,4°C em média) e o mais chuvoso e julho o mais frio (16,7°C em média) e o mais seco.

Os limites territoriais têm ao norte, o Oceano Atlântico; ao sul, o município de Palhoça e o Oceano Atlântico; ao leste, o Oceano Atlântico; e a oeste, os municípios de Biguaçu, Governador Celso Ramos, Palhoça e São José, e as Baías Norte e Sul.

3 - Características da População - quantos são e como vivem:

A população total de Florianópolis, segundo o censo demográfico do IBGE de 1991, corresponde a 255.391 (duzentos e cinquenta e cinco mil, trezentos e noventa e um) habitantes., A estimativa para o ano de 1994 previa uma população de 275.407 (duzentos e setenta e cinco mil, quatrocentos e sete) habitantes, sendo composta por 48,18% de homens e 51,82% de mulheres.

Conforme a tabela abaixo, podemos observar a distribuição da população por faixa etária e sexo.

Tabela I - População estimada segundo idade e sexo - Florianópolis - 1994

Idade (anos)	TOTAL		HOMEM		MULHER	
	N.º Abs.	%	N.º Abs.	%	N.º Abs.	%
Menor 1 ano	4967	1,80	2509	1,89	2458	1,72
1 a 4	20982	7,62	10597	7,99	10385	7,28
5 a 9	27997	10,17	14372	10,83	13625	9,55
10 a 14	26358	9,57	13255	9,99	13.103	9,18
15 a 19	26680	9,69	13170	9,92	13510	9,47
20 a 49	130218	47,28	62003	46,73	68215	47,79
50 e mais	38205	13,87	16774	12,65	21431	15,01
TOTAIS	275407	100	132680	100	142727	100

FONTE: IBGE/Censo Demográfico 1980 e 1991 (método aibi).

Vale ressaltar que em torno de 23% da população é composta por imigrantes, conforme dados de 1980 (não se conseguiu dados mais recentes sobre essa questão), e podem ser divididos em 2 grupos. Um é constituído por pessoas com qualificação profissional e poder aquisitivo razoável que vieram em busca de qualidade de vida representada pelas belezas naturais e pelas comodidades de cidade grande sem suas desvantagens, como por exemplo a violência. Outro grupo, ao contrário, é constituído por pessoas sem qualificação profissional e baixo poder aquisitivo, oriundas principalmente do interior do Estado em consequência da falta de uma política agrária e de uma reforma urbana, e vive em condições precárias nas “áreas carentes” do município. O mapeamento realizado pelo IPUF em 1992 detectou um total de 46 áreas, sendo 28 na ilha e 18 no continente, representando aproximadamente 13% da população total estimada.

A taxa de analfabetismo¹, em 1990, apresenta o índice de 2,3% na população de 11 a 14 anos e 6,1% na população de 15 anos e mais de idade. Esses dados são menores que os apresentados pelo estado de Santa Catarina, os quais representam em torno de 3,2% e 9,9% respectivamente, e principalmente pelo Brasil que apresentava uma taxa de 19% . Além disso, aproximadamente 6% do total de chefes de domicílio particulares têm menos de 1 (um) ano de estudo.

Dentre as medidas importantes que os governos podem adotar para melhorar a saúde de seus cidadãos, destaca-se a expansão do ensino. As pessoas com maior escolarização, ou mais instruídas, buscam e utilizam informações sobre saúde de forma mais eficiente do que aquelas com pouca ou nenhuma escolarização. Segundo relatório do Banco Mundial, “a rápida expansão de oportunidades educacionais para todos - em parte mediante o estabelecimento de um padrão mínimo mais alto de escolarização (digamos, seis anos completos) - é um meio eficaz em função dos custos de promover a saúde” (1993, 8).

No que se refere às condições de saneamento básico, o abastecimento de água realizado pela CASAN (Companhia Catarinense de Água e Saneamento) beneficia aproximadamente 100% da população da região central e continente, mas é precário no sul, norte e parte do leste da ilha, comprovado através de coletas da SMSDS que detectaram altos níveis de coliformes fecais.

A rede de esgotos apresenta infra-estrutura que atende para coleta na área urbana de Florianópolis apenas 18%, número que se agrava mais ainda quando se trata de atendimento de sistemas completos (coleta, tratamento e destino final), caindo para 1,3%. Considerando-se os sistemas não operados pela CASAN, estes números sobem para 34,55% e 2,18% respectivamente.

Tabela II - Situação das condições de saneamento básico nos domicílios urbanos em Florianópolis - 1991.

LOCAL	Domicílios Particulares	% de Domicílios Urbanos com abastecimento de água inadequado	% de Domicílios urbanos com escoamento sanitário	% de Domicílios urbanos com tratamento inadequado do lixo
-------	-------------------------	--	--	---

¹ Taxa de Analfabetismo: relação entre o número de analfabetos e o total das pessoas do mesmo grupo etário. Considerou-se analfabeta a pessoa que não é capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples.

			inadequado	
Santa Catarina	815832	5,9	49,3	15,3
Florianópolis	64576	6,8	39,0	4,9

FONTE: IBGE Diretoria de Pesquisas, Departamento de Estatísticas e Indicadores Sociais, Censo demográfico, 1991.

Conforme os dados apresentados, podemos observar a precariedade ainda existente no que se refere à coleta e tratamento de esgotos.

Principalmente a população mais carente está exposta a grandes riscos à saúde como conseqüência de más condições de saneamento, abastecimento de água insuficiente e precário, má higiene pessoal e alimentar, eliminação inadequada de lixo, poluição do ar em recintos fechados e moradias superlotadas e de má qualidade. O conjunto desses riscos “respondem por quase 30% do impacto global da doença” (Banco Mundial, 1993, 10). Portanto, a promoção de um ambiente sadio por parte dos governos contribui significativamente para a melhoria das condições da saúde da população.

A população economicamente ativa² cresceu de 29,27% em 1970 para 36,84% em 1980.

A maior parte da PEA concentra-se no setor terciário, devido ao fato de Florianópolis ser a sede administrativa do Estado. Destacam-se as atividades de prestação de serviços, atividades sociais, administração pública e comércio, as quais envolvem mais de 60% dos trabalhadores da cidade, conforme dados de 1980. Como a cidade não possui tradição industrial, a parcela de trabalhadores da indústria representa 18% do total, com destaque para os gêneros: produtos alimentares, mobiliário, editorial e gráfica, metalúrgica, madeira, transformação de

² A população de 10 anos ou mais foi classificada, quanto à condição de atividade, em população economicamente ativa e população economicamente não ativa

População economicamente ativa: - pessoas com 10 anos ou mais que, durante todos os 12 meses anteriores à data do censo, ou parte dele, exercem trabalho remunerado em dinheiro e/ou produtos ou mercadorias, inclusive as licenciadas, com remuneração, por doença, com bolsas de estudo, etc... Também foram consideradas nesta condição as pessoas de 10 anos ou mais que nos últimos dois meses anteriores à data do Censo houvessem tomado alguma providência para encontrar trabalho.

População não economicamente ativa - pessoas com 10 anos ou mais que durante todos os 12 meses anteriores à data do Censo, somente tiveram uma ou mais das seguintes situações: exerciam afazeres domésticos no próprio lar; estudavam, viviam de rendimentos de aposentadoria ou de aplicação de capital; estavam detidas cumprindo sentenças, doentes ou inválidos sem serem licenciados do trabalho; não desejavam trabalhar ou, desejando, deixarem de procurar trabalho porque não encontravam.

produtos minerais não metálicos e vestuário, calçados e artefatos de tecidos. Cabe destaque, a implantação do Pólo do Vestuário, em 1986, pela PMF, com o intuito de beneficiar pequenos e micro-empresários, sendo que em apenas 3 (três) anos, 510 empresas do vestuário instalaram-se na região, proporcionando a criação de 7260 novos empregos e o treinamento de 1300 costureiras.

As atividades primárias relacionadas a atividades agropecuárias de extração vegetal e pesca representam apenas 8,62% conforme dados de 1970 e 2,70% em 1980, demonstrando evasão de mão-de-obra neste setor já percentualmente minoritário.

Tabela n.º III - Pessoas economicamente ativas por setor de atividade

Setor de atividade	Florianópolis 1970		Estado	Florianópolis 1980		Estado
	Abs.	%	%	%	%	%
Agricultura, Pecuária, Silvicultura, extração vegetal, Caça e Pesca	3.490	8,62	51,20	2,70	31,43	
Atividades Industriais (*)	6.826	16,86	19,73	18,76	32,18	
Comércio de Mercadorias	4.552	11,14	5,52	11,11	8,27	
Transportes e Comunicação	2.319	5,73	3,55	4,63	3,78	
Prestação de Serviços	7.50	18,75	8,44	22,30	12,17	
Atividades Sociais	6.819	16,85	5,03	17,93	6,13	
Administração Pública	6.220	15,36	2,82	14,16	3,53	
Outras Atividades	2.669	6,59	3,71	8,41	2,51	
TOTAL	40.485	100	100	100	100	100

(*) - Extração Mineral, Indústria de Transformação, Indústria de Construção e Serviços Industriais de Utilidade Pública.

FONTE: IBGE - Censo Demográfico SC/1970 - Vol. 1 Tomo XX.

IBGE - Censo Demográfico - Mão-de-obra/1980 Vol. 1 Tomo 5 - n.º 21

No que se refere à renda familiar, conforme os dados do censo de 1991, em torno de 31% das famílias viviam com um rendimento total de até 2 salários mínimos por mês, sendo que destas, quase a metade (14,6%) tem renda de até 1 salário mínimo por mês. Apesar de crítico, este dado ainda é melhor que o estado que apresenta 52,6% das famílias vivendo com até 2 salários mínimos por mês, sendo 27,4% das famílias com renda de até 1 salário mínimo por mês. Considerando-se que o valor do salário mínimo no Brasil é um dos mais baixos do mundo, não tem

como garantir as condições mínimas de vida e cidadania. Conforme a Constituição Federal, o salário mínimo deveria ser “capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social...” (CF, art. 7º, inciso IV).

Já citamos a política educacional como uma medida de governo, mas dentre as mais importantes para melhorar a saúde dos cidadãos estão as políticas econômicas. Dentre essas, o aumento da renda provavelmente é revertido em uma dieta alimentar mais adequada e melhores condições de habitação e saneamento. Além de crescimento, as políticas governamentais devem também promover justiça social.

4 - Saúde - as doenças que acometem e matam a população:

Apesar dos dados que revelam que a expectativa de vida aumenta mais nos últimos 40 anos do que em toda a história da humanidade, a área da saúde convive com grandes contradições.

A comparação dos níveis de mortalidade entre os países em desenvolvimento¹ e as economias de mercado consolidadas², dão conta que nos primeiros, as taxas de mortalidade infantil são em torno de 10 vezes maiores e os coeficientes de mortalidade materna em média são 30 vezes maiores que nos segundos.

Além disso, a quase metade dos óbitos em crianças decorrem de doenças respiratórias e diarreicas, agravadas pela desnutrição, portanto evitáveis. Também os adultos morrem em consequência de doenças evitáveis ou curáveis sem grandes

¹ Países em desenvolvimento: inclui as Economias de Baixa Renda (EBR) e Renda Média (ERM). Não se pretende com isso dar a entender que todas as economias estejam em estágios semelhantes de desenvolvimento ou que as demais tenham atingido um estágio superior ou final. As EBR são aquelas com PNB percapita igual ou inferior a US\$635 em 1991 (África subsaariana, Bangladesh, Egito, Índia, Indonésia, Paquistão e China) as ERM são aquelas com PNB percapita superior a US\$635, mas inferior a US\$7911, em 1991 (América Latina e Caribe, outros da Ásia e Ilhas, exceto Indonésia, e Oriente Médio Crescente, exceto Egito e Paquistão).
FONTE: Cálculos do Banco Mundial

² Economias de Mercado Consolidadas (EMC): engloba todos os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), à exceção da Turquia. São eles: Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, EUA, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Irlanda, Islândia, Itália, Japão, Luxemburgo, Nova Zelândia, Noruega, Países Baixos, Portugal, Reino Unido, Suécia e Suíça.

custos, como por exemplo, a tuberculose responsável por 2 milhões de óbitos por ano. Em torno de 400 mil mulheres morrem devido a complicações da gestação e do parto.

Os progressos verificados, no que se refere à saúde, devem-se ao “aumento das rendas e à melhoria da educação em todo o mundo e, em parte, aos esforços dos governos para expandir os serviços de saúde, que também se beneficiaram dos avanços tecnológicos” (Relatório do Banco Mundial, 1993:1).

Tabela n.º IV - População, indicadores econômicos e progresso na área da saúde, por região demográfica, 1975/90.

REGIÃO	População 1990 (milhões)	Óbitos 1990 (milhões)	Renda Per capita		Mortalidade Infantil		Expectativa de vida ao nascer (anos)	
			Dólares	Taxa de crescimento 1975-90 (% anual)	1975	1990	1975	1990
América Latina e Caribe	444	3,0	2190	-0,1	104	60	62	70
Ex-Economias Socialistas	346	3,8	2850	0,5	36	22	70	72
Européias (ESE)	798	7,1	19.900	2,2	21	11	73	76
Economias de Mercado Consolidadas (EMC)								
Mundo	5267	50,0	4.000	1,2	135	96	60	65

FONTE: Para renda per capita, dados do Banco Mundial; para outros itens, apêndice A - Relatório do Banco Mundial - 1993

O município de Florianópolis tem acompanhado a tendência mundial no que se refere ao aumento da expectativa de vida ao nascer, visto que em 1980 vivia-se em média 69 anos e em 1991 a média elevou-se para 75 anos, igualando-se a países como Reino Unido e Dinamarca. No que se refere ao Brasil, em 1991 a expectativa de vida era de 66 anos.

O coeficiente de mortalidade geral (número de óbitos por ano para cada mil habitantes) que era de 5,9 em 1980, não tem apresentado variações significativas, chegando a 4,4 em 1991 e 5,1 em 1992. Este coeficiente é de 7 em 1991 para o

Brasil. Destaca-se o fato de que, em Florianópolis, este índice está muito próximo do padrão estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (5 óbitos/1000 habitantes).

As doenças do aparelho circulatório aparecem como a principal causa de mortalidade no município, sendo responsável por 34% do total das mortes. A seguir, vêm os neoplasmas (21,5%), doenças do aparelho respiratório (12,6%) e causas externas (10,3%) (ver tabela abaixo).

Vale ressaltar que estas doenças poderiam ser prevenidas ou diagnosticadas precocemente permitindo melhor tratamento, seja através de campanhas educativas relacionadas à alimentação adequada, atividade física, redução do fumo, prevenção de acidentes de trabalho e de trânsito, controle da pressão arterial e exames de prevenção do câncer de colo de útero e mama. As causas externas, que incluem os acidentes de trânsito e de trabalho, são as que matam as pessoas mais jovens.

Tabela n.º V - Mortalidade proporcional por grupos de causas (CID 175)

CAUSAS	1980	1992
Doenças do aparelho circulatório	32,5	34,0
Sint. Sinais e afec. mal definidas	4,6	2,7
Causas externas	12,8	10,3
Neoplasmas	13,9	21,0
Doenças do aparelho respiratório	11,5	12,6
Doenças infecciosas e parasitárias	4,0	2,2
Doenças sist. nerv. org. dos sentidos	1,2	1,4
Doenças gland. end. nutr. Metabolismo	2,3	5,8
Doenças do aparelho digestivo	4,3	3,3
Anomalias congênitas	1,8	1,8
Algumas afec. orig. per. Perinatal	8,2	3,1
demais causas	2,9	1,6
Total	100,0	100,0

Fonte: Gerência de Estatística e Informática - GEINF

Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina - 1992

A mortalidade infantil reduziu-se significativamente em quase todas as partes do mundo entre os anos de 1960 e 1990. Nos anos de 1960, caiu aproximadamente 2% ao ano em torno de 70 países em desenvolvimento nos quais existem estimativas. Este declínio passou para mais de 3% nos anos 70 e mais de 5% nos anos 80, anualmente.

Para o declínio da mortalidade infantil já no final do século XIX e acelerado no início do século XX, contribuíram a adoção de medidas sanitárias como água

tratada, saneamento e controle de alimentos. Entretanto, ao se avaliar a distribuição geográfica deste declínio sugere-se que enquanto as pessoas não conhecerem as causas dos problemas de saúde, essas medidas foram responsáveis apenas por uma pequena parcela dos progressos alcançados. Isso demonstra a necessidade da ciência informar às famílias como reduzir os riscos à saúde. Também, as pessoas mais instruídas adquirem e usam novas informações mais rapidamente.

O coeficiente de mortalidade infantil em Florianópolis era de 27,1 (por mil nascidos vivos) em 1980, decresce para 13,7 em 1990 e em 1992 alcançou 18,8. Estes índices podem ser considerados baixos se comparados ao Brasil (95,0 em 1970 e 58 em 1991), mas não se comparados com os países do OCDE, que varia de 5 a 9 em 1991.

Proporcionalmente, a principal causa é do grupo das afecções do período perinatal (45,5%), seguido de doenças do aparelho respiratório (21,2%) e anomalias congênitas (19,2%), vide tabela abaixo.

Conforme dados do IBGE, dum total de 123.314 óbitos de menores de 1 ano, ocorridos no Brasil em 1987, como principais causas temos em 1º lugar o grupo das afecções originadas no período perinatal, responsável por 37,2% dos óbitos, seguido dos sintomas, sinais e afecções mal definidas (22,9%), doenças infecciosas e parasitárias (16,1%) e doenças do aparelho respiratório (10,1%).

Estes dados demonstram a importância das deficiências no atendimento à gestação, atenção ao parto e ao recém-nascido, bem como aspectos nutricionais da mãe e do filho como determinantes da mortalidade infantil.

Tabela n.º VI - Mortalidade Infantil proporcional por grupos de causas (CID 175)

CAUSAS	1980	1992
Algumas afec. orig. per. perinatal	50,3	45,5
Doenças infecciosas parasitárias	8,7	3,0
Sintomas sinais afec. mal definidas	5,8	3,0
Doenças do aparelho respiratório	16,2	21,2
Anomalias congênitas	9,2	19,2
Doenças gland. end. nutr. metab.	2,3	3,0
Doenças sist. nerv. org. sentidos	1,7	1,0
Doenças do aparelho circulatório	0,0	1,0

Demais causas	5,8	3,0
Total	100,0	100,0

FONTE: Gerência de Estatística e Informática - GEINF
Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina - 1992

Nas consultas médicas realizadas nos ambulatórios da rede municipal no ano de 1993, as doenças mais encontradas por grupo foram:

- 1º) doenças do aparelho respiratório (19,6%): gripes, resfriados, bronquites, etc acometendo principalmente crianças;
- 2º) doenças do aparelho geniturinário (13,6%): doenças nos rins, bexiga, órgãos genitais, etc;
- 3º) sintomas e sinais mal definidos (13,4%): tontura, vômito, febre, dor de cabeça, enjôo, dores no corpo, insônia, nervosismo, dor de garganta, etc;
- 4º) doenças infecciosas e parasitárias (11,5%): diarreia, verminoses, amigdalite, faringite, otite, etc;
- 5º) aparelho circulatório (6,8%): hipertensão arterial, problemas no coração, vasos, derrame, infarto, etc;
- 6º) doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (6,5%);
- 7º) enfermidades do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (6,3%): dor nas costas, problemas de coluna, artrites, artroses, etc.

Estes 7 grupos representam cerca de 78% do total de diagnósticos nas consultas médicas, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social.

Em relação às internações hospitalares por diagnóstico, em Florianópolis no ano de 1992, a distribuição é:

- 1º) gravidez, parto e puerpério (31%);
- 2º) doenças mentais (7%);
- 3º) doenças do aparelho circulatório (6%), do aparelho respiratório (6%) e tumores (6%).

Ressalta-se ainda aproximadamente 3% devido a causas externas como acidentes de trânsito e em geral, envenenamentos, etc.

Como praticamente a totalidade dos partos são hospitalares, o predomínio do 1º grupo é esperado. destaca-se o índice considerado alto de internações por doenças mentais e o aumento das internações por causas externas, devidos principalmente ao grande número de acidentes de trânsito na BR 101 e nas vias públicas do município.

Em relação ainda à saúde mental, o levantamento realizado em 1994 constatou que cerca de 50% da demanda atendida no Centro de Atenção Psico-Social (CAPS) - Ambulatório de Saúde Mental da Secretaria da Saúde do Estado, é proveniente de Florianópolis, o que ainda não é suficiente para atender as necessidades.

No tocante aos acidentes de trabalho, para uma população economicamente ativa estimada em 100.000 habitantes, houve registro de 1908 casos, segundo o INSS em 1991. Das 18 mortes registradas, 16 aconteceram no trânsito. A fiscalização é prejudicada à medida que as estimativas indicam que em torno de 70% dos casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho não são registrados.

5 - A Estrutura da Rede de Serviços:

O município de Florianópolis apresenta como característica da rede de serviços, a sua estrutura física com um grande número de centros de saúde, hospitais e leitos hospitalares, clínicas e laboratórios, equipamentos e centros de referência.

Segundo dados do IBGE de 1990, há um total de 88 estabelecimentos de saúde, sendo 61 (69,3%) pertencentes ao setor público e 27 (30,7%) ao setor privado. Do total de consultas realizadas no ano (1.595.042), cerca de 83,9% foram na rede pública e apenas 16,1% na rede privada. O mesmo acontece na rede hospitalar, com um total de 1176 leitos disponíveis, dos quais 868 (73,8%) na rede pública e 308 (26,2%) na rede privada. Comparando-se esses dados com o município de São Paulo, por exemplo, em torno de 55,8% das consultas realizadas e 70,5% dos leitos hospitalares concentram-se na rede privada.

A estrutura física da rede pública municipal ampliou-se a partir de 1990. Segundo dados do IPUF, o município apresentava 39 postos de saúde (1990: 195). Em 1995 este número ampliou-se para 48, sendo 32 Centros de Saúde I (CSI), 15 Centros de Saúde II (CSII) e 01 Policlínica (antigo PAM do INAMPS no Estreito) [Anexo I]. Além disso, conta com uma clínica modular odontológica (bairro Monte Verde); 9 gabinetes odontológicos em escolas do Estado; 2 simplificados odontológicos (Ponta das Canas e Costeira), 3 Laboratórios de Análises Clínicas, além da estrutura de nível central, na Trindade.

O que diferencia a hierarquização dos Centros de Saúde é sua complexidade no atendimento. Os CSI oferecem ações básicas de enfermagem, clínica geral e alguns ainda tem vacinação e atendimento odontológico. Os CSII oferecem atendimento em clínica geral, pediatria, ginecologia, odontologia e enfermagem; alguns possuem postos de coleta de material para exames, laboratório e nutricionista. A Policlínica, além dos serviços prestados pelo CSII, oferece outras especialidades em serviço de radiologia, servindo como referência também para outros municípios da Grande Florianópolis.

Em 1994, foram realizadas aproximadamente 225.400 consultas médicas, 109.300 procedimentos odontológicos e 500.000 atendimentos básicos de enfermagem. Além disso, de acordo com o CIS-SSDS, no programa de ações coletivas em saúde bucal foram atendidos em média 8.000 pessoas mensalmente.

A Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social conta com aproximadamente 898 trabalhadores, dos quais 597 (67%) são contratados pela Prefeitura; 134 (14%) são cedidos pelo extinto INAMPS, ainda não municipalizado totalmente; 121 (13%) são cedidos pela Secretaria Estadual de Saúde e 46 (6%) por outras instituições. Esse quadro demonstra a dependência do pessoal cedido por outras instituições (33%) para a realização das atividades desenvolvidas por essa Secretaria. Além disso, os salários pagos pela Prefeitura, Estado e INAMPS são diferenciados, sendo o de menor valor na primeira instituição.

Desse total de 900 trabalhadores, a divisão por formação profissional evidencia uma grande concentração de profissionais de nível superior (381) principalmente médicos. Estes têm uma jornada de trabalho equivalente a 20 ou 30 horas semanais em média. Apenas 188 são trabalhadores de nível médio e 329 de

nível elementar, os quais cumprem jornada de trabalho de 30 horas semanais (dados de maio/94).

A discriminação desses trabalhadores por cargos e instituição de origem podem ser observada nas tabelas n.º 07 e 08.

Tabela n.º VII - Número de servidores por cargo segundo a Instituição de origem, à disposição da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, Fpolis 1994.

CARGO	INAMPS	SEC. EST. SAÚDE	PMF	OUTROS	TOTAL
Administrador	--	01	--	--	01
Assist. Social	02	02	18	01	23
Anal. Téc. Adm.	--	02	--	--	--
Cons. Jurídico	--	--	01	--	01
Enfermeiro	06	09	39	--	54
Farm. Bioquim.	01	03	07	--	11
Veterinário	--	--	01	--	01
Nutricionista	--	--	04	--	04
Psicólogo	--	01	01	01	03
Sociólogo	--	--	--	02	02
Téc. Esportes	--	--	02	--	02
Professor	--	01	06	--	07
Fiscal	--	--	03	--	03
Odontólogo	10	10	78	02	100
SUBTOTAL	19	29	151	06	214
Clinico Geral	08	08	49	06	71
Cardiologista	02	--	--	--	02
Alergologista	01	--	--	--	01
Acunputor	--	--	02	--	02
Dermatologista	--	--	--	--	01
Endocrinologista	01	--	--	--	01
Gineco-Obstetra	08	03	14	02	27
Homeopata	--	--	02	--	02
Neurologista	--	--	02	--	02
Pediatria	11	15	26	--	52
Radiologista	01	--	--	--	01
Otorrinolar.	01	--	--	--	01
SUBTOTAL	33	26	99	09	167
TOTAL GERAL	52	55	259	15	381

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social

Tabela n.º VIII - Número de servidores por cargo e nível de Instrução e Instituição de origem, à disposição da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social. Fpolis, 1994.

NÍVEL MÉDIO

CARGO	INAMPS	SEC. EST. SAÚDE	PMF	OUTROS	TOTAL
Téc. Contabilidade	--	01	02	--	03
Téc. Ativ. Saúde	--	02	01	--	03
Téc. Enfermagem	--	03	74	03	80
Téc. Esportes	--	--	02	--	02
Téc. Saneamento	--	01	--	01	02
Ass. Adm. Financ.	--	02	14	03	19
Ass. Nível Médio	--	--	02	--	02
Atend. Cons. Odontol.	--	--	02	--	02
Atend. Saúde Pública	--	17	--	--	17
Atend. Enfermagem	--	11	38	--	49
Téc. Radiologia	01	01	--	--	02
Téc. Laboratório	04	01	--	--	05
Datilógrafo	01	--	--	--	01
Desenhista	--	--	01	--	01
TOTAL	06	39	136	07	188

NÍVEL ELEMENTAR

CARGO	INAMPS	SEC. EST. SAÚDE	PMF	OUTROS	TOTAL
Pedreiro	--	--	03	--	03
Telefonista	02	--	01	--	03
Vigia	--	--	10	--	10
Motorista	02	02	11	01	16
Ag. Ativ. Saúde	--	12	01	--	13
Agente Portaria	06	--	--	--	06
Aux. Oper. Serviços	18	01	07	01	26
Aux. Sala	--	--	02	--	02
Aux. Enfermagem	21	01	48	02	59
Aux. Laboratório	01	01	--	--	02
Aux. Odontólogo	--	01	08	07	16
Aux. Serv. Gerais	03	02	75	11	91
Aux. Social	--	--	01	--	01
Carpinteiro	--	--	01	--	01
Contínuo	--	--	02	--	02
Instr. Ativ. Manual	--	--	06	--	06
TOTAL	76	27	202	24	329

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social

A rede hospitalar do município é composta por instituições ligadas ao governo federal, à Secretaria de Saúde do Estado ou entidades privadas. Entretanto, como

capital do estado e centro prestador de serviços, essas instituições atuam como centro de referência para todo o estado de Santa Catarina. Conforme tabela n.º 09, pode-se observar a relação dos hospitais, com o respectivo número de leitos e órgãos mantenedores.

Tabela n.º IX - Relação dos hospitais do município de Florianópolis

NOME DA INSTITUIÇÃO	LEITOS	ESP. ADMIN.	CATEGORIA	MANTENEDORA
Hospital Infantil Joana de Gusmão	212	Estadual	Geral	F.H.S.C.
Hospital Gov. Celso Ramos	211	Estadual	Geral	F.H.S.C.
Maternidade Carmela Dutra	132	Estadual	Gin/Obstetr.	F.H.S.C.
Hospital Nereu Ramos	137	Estadual	D. Trans. e Pulm.	F.H.S.C.
Hosp. C. Sr. B. J. dos Passos	189	Priv./Benef.	Geral	Irm. B. J. Passos
Maternidade Carlos Corrêa	110	Priv./Lucr.	Sem. Obstetr.	Assoc. I. I. Joaquim
Hospital de Florianópolis	103	Federal	Geral	INAMPS
Hosp. Com. Lara Ribas	60	Estadual	Geral	Polícia
Hosp. de Guarnição de Fpolis	64	Federal	Geral	Exército
Hosp. Universitário	160	Federal	Geral	UFSC
Casa S. e Mat. S. Sebastião	42	Priv/Lucr.	Geral	Casa S. M. S. Seb.

FONTE: Secretaria Estadual de Saúde - 1986

Alguns desses hospitais também mantêm atividades ambulatoriais, prestando assistência desde clínica geral às mais diversas especialidades, e atendimento de emergência. Na relação abaixo, observa-se as instituições hospitalares e respectivos número de profissionais da categoria médica que prestam atendimento:

- Hospital Universitário: 144
- Hospital Florianópolis: 105
- Hospital Infantil Joana de Gusmão: 135
- Hospital Nereu Ramos: 34
- Hospital Governador Celso Ramos: 63
- Maternidade Carmela Dutra: 23

- Hospital de Caridade: 169

Ainda em nível ambulatorial, localiza-se em Florianópolis, a Policlínica de Referência Regional da Secretaria de Saúde do Estado (antigo PAM do INAMPS), com 102 médicos, 37 dentistas, 15 enfermeiros, 06 farmacêuticos, 06 bioquímicos, 01 assistente social, 01 veterinário e 118 profissionais de nível médio.

Como serviços contratados, nas mais diversas especialidades, o município ainda conta com:

- 146 consultórios médicos;
- 05 clínicas e consultórios odontológicos;
- 04 instituições com atendimento em oncologia;
- 03 clínicas de fisioterapia e reabilitação;
- 05 clínicas (gastroenterologia, urologia e nefrologia);
- 14 laboratórios de análises clínicas;
- 08 laboratórios especializados;
- 11 serviços auxiliares de diagnóstico e terapia;
- 07 sindicatos com atendimento médico e/ou odontológico.

Associado a essa estrutura física da rede de serviços, a existência de duas instituições de ensino superior e várias escolas formadoras de técnicos de nível médio, faz com que haja um grande número de profissionais de saúde que aqui vivem e trabalham.

Os dados relativos ao número de profissionais inscritos nos respectivos Conselhos Regionais, no ano de 1993, são de :

- 1248 médicos;
- 759 dentistas;
- 531 farmacêuticos bioquímicos;
- 392 enfermeiros;
- 433 técnicos de enfermagem;
- 465 auxiliares de enfermagem;

- 790 atendentes de enfermagem.

Segundo Monteiro & Tavares, os anos 80 caracterizaram-se por transformações importantes na vida brasileira. Paradoxalmente, a crise econômica, o aumento da concentração de renda e a evolução da pobreza contrastam com a melhoria de vários indicadores das condições de vida da população (1994:43). Aliado a esse quadro, as mudanças políticas geraram um cenário de perplexidade, com discussão e mobilização social em diferentes segmentos da vida nacional. E Florianópolis, também fez parte desse quadro.

O aumento da população urbana é reflexo de alguns fatores, como: o aumento do fluxo migratório para as cidades, atraindo as pessoas pela perspectiva de melhores oportunidades e qualidade de vida, também contribuindo a redução da mortalidade geral.

A redução da mortalidade geral a padrões próximos aos estabelecidos pela OMS, o aumento na expectativa de vida, a redução da mortalidade infantil, as taxas de analfabetismo comparativamente menores que as do estado e do país, colocam Florianópolis numa situação privilegiada se formos analisar isoladamente alguns indicadores.

Ainda citando Monteiro & Tavares, esses autores referem que “o analfabetismo e outros indicadores educacionais também mantiveram tendência a melhorar, mesmo durante períodos de crise econômica, e atribui as melhorias nas condições de saúde a estes progressos educacionais”(1994:56).

Acompanhando essa melhoria dos indicadores, observamos: um total de 46 “áreas carentes” no município, representando 13% da população estimada vivendo em áreas de risco a sua saúde; 14,6% vivendo com renda familiar de até 1 salário mínimo; abastecimento de água precário em várias partes do município, isto sem falar da deficitária rede de esgotos.

As causas de mortalidade, contraditoriamente ao seu significado, podem representar uma fonte de informações importantes sobre a saúde das populações. Nesse sentido, observamos que as crianças ainda continuam morrendo por doenças consideradas evitáveis, reflexo das condições de vida. O aumento das mortes por causas externas, incluindo aí os acidentes de trânsito, revelam a debilidade por conta da crescente falta de segurança dos cidadãos.

Como conclusão, podemos inferir que as condições de vida da população de Florianópolis, apesar de ruins sob vários aspectos, assim como a dos brasileiros, melhoraram nos anos 80. Como o termo condições de vida é complexo e com muitos significados, ao se utilizar qualidade de vida, na realidade esse termo é muito mais associado à “quantidade de vida” (Monteiro & Carvalho, 1994:70).

O próximo capítulo vai abordar a atuação do poder legislativo municipal, representado pela Câmara de Vereadores, e seu papel na formulação e aprovação das leis municipais relativas à implantação do SUS e outras questões relativas à saúde.

V - A ATUAÇÃO DO PODER LEGISLATIVO

A Constituição Federal de 1988 expressou na redação da seção referente à saúde, no Título VIII da Ordem Social, as conquistas políticas do movimento de Reforma Sanitária, ao reconhecer o direito à saúde como um direito de cidadania e dever do Estado, e também ao constituir o Sistema Único de Saúde, como um modelo de reorganização setorial, política e administrativa.

Esse fato representou mais um passo na busca de transformações nas relações internas entre as diversas instâncias do Estado, porém incompleto, pois dependia de legislação complementar, do ponto de vista legal, e da formação de um bloco histórico capaz de articular os atores sociais e o poder de representação nas suas diversas esferas para decidir o que fazer.

Esse capítulo tem como objetivo avaliar os processos de formulação e aprovação de projetos de lei relativos à saúde, que tramitaram na Câmara Municipal de Florianópolis, no período de 1989 a 1994.

O interesse pelo tema é decorrente do entendimento do papel do Poder Legislativo Municipal como espaço de decisão política, e da necessidade de tomar conhecimento do posicionamento dos vereadores sobre o tema, visto que muitas vezes assume-se uma postura meramente de espectador, sem valorizar significativamente a importância dos atos legislativos.

No período estudado, foram apresentados 6 projetos de lei e 1 decreto legislativo para apreciação na Câmara Municipal de Florianópolis, conforme relação abaixo:

- Projeto-de-Lei n.º 4234, que "cria e define atribuições do Conselho Municipal de Saúde", encaminhado em 07/08/89, pelo então prefeito Esperidião Amin, e aprovado em 17/10/89;
- Decreto Legislativo n.º 788/91, que "aprovou o termo de convênio SUS/SC 01/91, celebrado entre a Prefeitura Municipal de Florianópolis e o Governo do Estado de Santa Catarina", encaminhado pelo prefeito Bulcão Vianna em 28/08/91 e aprovado em 05/09/91;

- Projeto-de-Lei n.º 5125, que "dispõe sobre a criação e define a organização e atribuições do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis", encaminhado em 28/04/92 pelo vereador João Ghizoni e outros;
- Projeto-de-Lei n.º 5248, que "altera a redação e cria artigos e parágrafos da Lei n.º 3291/89, que criou o Conselho Municipal de Saúde", encaminhado pelo prefeito Bulcão Vianna e aprovado em 15/12/92;
- Projeto-de-Lei n.º 5642, "remaneja vagas existentes no quadro do pessoal civil da administração direta e dá outras providências", encaminhado pelo prefeito Sérgio Grando em 12/07/93 e aprovado em 29/07/93;
- Projeto-de-Lei n.º 6395, que "dispõe sobre normas relativas à saúde e à vigilância sanitária no Município de Florianópolis, estabelece penalidades e dá outras providências", encaminhado pelo prefeito Sérgio Grando em 18/11/94 e aprovado em 16/12/94;
- Projeto-de-Lei n.º 6030, que "prevê a criação de vagas no quadro único de pessoal civil da Prefeitura Municipal de Florianópolis, assim como a criação de funções gratificadas e reformulação completa do anexo VII da Lei 2897/88 e dá outras providências", encaminhado pelo prefeito Sérgio Grando em 15/03/94 e sancionado em 10/10/94.

Com base na análise dos documentos referentes aos processos citados acima, bem como através das entrevistas realizadas com ex-secretários de saúde e vereadores, procuraremos identificar a dinâmica de funcionamento da Câmara Municipal de Florianópolis.

Conforme relata Gerk, historicamente Florianópolis tem sido controlada por políticos de um mesmo bloco, desde a implantação do Estado Novo por Getúlio Vargas, em 1937, que em Santa Catarina contou com apoio das oligarquias estaduais Ramos e Bornhausen.

A partir de 1945, com a queda de Vargas, essas oligarquias aglutinaram-se em 2 partidos: a UDN e o PSD, mantendo a hegemonia política no estado, e também em Florianópolis, até 1966.

Com a ditadura militar, os políticos da UDN e PSD mantiveram-se na ARENA, dando sustentação ao governo militar, enquanto que as forças de oposição

aglutinaram-se no MDB. Em 1978, com o fim do bipartidarismo, os políticos da ARENA formaram o PDS, e mais tarde, em 1985, dissidentes formaram o PFL. Em algumas situações, manteve-se a aliança PDS/PFL para garantir o poder local, como foi o caso da “União por Florianópolis”, na eleição de 1988.

Tanto no processo da ditadura Vargas, como na vigência da ditadura militar, os prefeitos da capital eram nomeados. Somente em 1985 foi reconquistado o direito de voto para eleger o prefeito, e Florianópolis seguiu a tendência oposicionista nacional, elegendo um prefeito do PMDB (Edison Andrino).

Em 1988, foi eleito o candidato a prefeito da coligação PDS/PFL/PTB/PDC, Esperidião Amin, que não completou o mandato, pois foi candidato eleito ao Senado Federal, assumindo então o vice-prefeito, Bulcão Vianna.

Em 1992, a Frente Popular, representada pelos partidos PT/PPS/PDT/ PSB/ PV/PSDB/PC do B/PC, elegeu seu candidato, Sérgio Grando.

O Poder Legislativo Municipal mantém-se controlado por políticos oriundos dos antigos partidos governistas, hoje representados, principalmente, pelo PPB (antigo PDS) e PFL, conferindo, assim, um caráter conservador à Câmara Municipal de Florianópolis.

Os dados referentes ao resultado das eleições municipais de 1988 e 1992, tanto para prefeito como para vereadores, podem ser observados nas tabelas n.º 10 e 11, respectivamente.

Tabela n.º X - Número de votos por partido político ou coligação nas eleições municipais de Florianópolis para prefeito em 1988 e 1992.

ANOS	PARTIDO/COLIGAÇÃO	N.º DE VOTOS	CANDIDATOS
1988	PDS/PFL/PTB/PDC	64.949	Esperidião Amin
	PCB/PC do B/PSB/PV/PSDB	23.967	Sérgio Grando
	PMDB	18.558	Anita Pires
	PT	4.890	Flávio Valente
	PSP	337	Eliseu Pavesi
1992	PDT/PT/PPS/PSB/PV/PSDB/PC do B/PC	46.446	Sérgio Grando
	PMDB	36.309	Edison Andrino
	PDS/PDC/PSC/PFL/PTR/PRN	33.102	Francisco de Assis
	PTB/PL	6.412	Péricles Prade
	PMN	2.351	Francisco Grillo
	PRP	1.404	João Buatim

Fonte: Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina, 1993.

Tabela n.º XI - Número de votos por partido político ou coligação nas eleições municipais de Florianópolis, para vereadores de 1988 e 1992.

ANOS	PARTIDO/COLIGAÇÃO	N.º DE VOTOS	N.º VEREADORES DIPLOMADOS
1988	PDS	34.324	07
	PT	7.903	01
	PTB	1.086	00
	PMDB	23.491	04
	PDC	2.829	00
	PH	191	00
	PSC	982	00
	PL	5.490	00
	PCB/PcdoB/PSB/PV/PSDB/PDT	19.336	04
	PFL	26.273	05
	PSP	109	00
1992	PDS/PDC/PSC/PFL/PTR/PRN	66.775	12
	PMDB	23.165	04
	PT/PPS/PSB/PV/PSDB/PCdo B/PC	22.067	03
	PDT	11.838	02
	PTB/PL	2.565	00
	PMN	2.493	00
	PRP	116	00

Fonte: Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina, 1993.

O Poder Legislativo Municipal tem como finalidade legislar em benefício da cidade e seus cidadãos, bem como fiscalizar os atos do Poder Executivo. Pode ser considerado um espaço privilegiado de manifestações populares, visto que pela relação próxima entre vereadores e eleitores, são suscetíveis ao controle e pressão popular, devido a sua representatividade.

Vamos à análise dos processos de tramitação dos referidos projetos-de-lei.

1 - Conselho Municipal de Saúde:

O prefeito municipal Esperidião Amin, da coligação “União por Florianópolis”, enviou projeto de lei que cria o Conselho Municipal de Saúde à Câmara de Vereadores em 07/08/89, através da mensagem n.º 36/89.

Na referida mensagem, afirma que “O Conselho Municipal de Saúde, com forte participação comunitária, será a nosso ver um dos principais instrumentos para a consolidação do SUDS...”.

O projeto-de-lei n.º 4234/89 cria o Conselho Municipal de Saúde (CMS) enquanto órgão deliberativo, define sua composição com “14 representantes comunitários eleitos por seus pares”, sem garantir o princípio da paridade, e define suas atribuições.

No seu artigo 3º estabelece:

“artigo 3º. compete ao Conselho Municipal de Saúde:

I - definir as diretrizes políticas de saúde do município, devendo as instituições integrantes do Sistema Municipal de Saúde desenvolver suas atividades com base nas orientações emanadas do Conselho;

II - Acompanhar e avaliar o Sistema Municipal de Saúde de Florianópolis;

III - Acompanhar a programação e orçamentação para a operacionalização do Sistema Municipal de Saúde;

IV - Definir as diretrizes e aplicações dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, em consonância com o Plano Municipal de Saúde;

V - Levantar as necessidades sentidas e não sentidas em saúde, visando à elaboração do Plano Municipal de Saúde.”

Também estabelece no seu artigo 5º que o presidente do Conselho será o Secretário Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social.

A exposição de motivos foi encaminhada ao prefeito municipal em 20 de julho de 1989, assinado conjuntamente pelo Procurador Geral do Município - Walter Zigelli, e pelo Secretário Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social - Luís Alberto Silveira, no qual citam como anterior a criação do Fundo Municipal de Saúde através

da Lei n.º 3001/88. Citam a criação do Conselho como “uma decorrência natural dos projetos de municipalização da saúde”.

O referido projeto foi encaminhado à Comissão de Constituição e Justiça da Câmara de Vereadores dia 09/08/89, sendo designada como relatora a vereadora Clair Castilhos em 21/08/89 (líder da bancada do PSDB).

O parecer da referida vereadora é favorável a sua aprovação, mas coloca a necessidade de aperfeiçoá-lo e propõe emenda modificativa no parágrafo 1º do art. 4º, que passaria a ter a seguinte redação: “O C.M.S. será composto por 14 (quatorze) membros, sendo (12) doze representantes comunitários eleitos entre seus pares nas entidades comunitárias legalmente constituídas no município de Florianópolis, de 1 (uma) representante do Conselho Municipal da Condição Feminina (CMCF) e 1 (um) representante da Comissão de Saúde da Câmara Municipal de Florianópolis”. Sala das comissões, 5 de setembro de 1989.

Em 12/09/89, foi encaminhado à Comissão de Saúde e Assistência Social, sendo designado o vereador Ricardo Baratieri (PMDB) como relator em 18/09/89, o qual propõe as seguintes alterações:

“III - Acompanhar, avaliar e controlar a programação e orçamentação integrada para a operacionalização do Sistema Municipal de Saúde;

IV - Definir diretrizes e controlar as aplicações dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, em consonância com o Plano Municipal de Saúde;

V - Levantar as necessidades sentidas e não sentidas em saúde, com base na realidade epidemiológica do município visando à elaboração do Plano Municipal de Saúde”.

No que se refere à composição, acata a proposição da vereadora Clair Castilhos e aumenta para 16 (dezesesseis) o número de membros, mantendo originalmente os 14 (quatorze) representantes comunitários a serem eleitos nas comunidades legalmente constituídas, conforme zoneamento administrativo. Parecer emitido em 25/09/89.

Em 04/10/89, o vereador Alcino Vieira (PDS) propõe que se inclua no artigo 3º, que define as competências, mais um inciso: “IV - conhecer mensalmente os recursos financeiros recebidos através do SUDS, bem como sua aplicação”.

Em 27/9/89, retornou à Comissão de Constituição e Justiça, sendo novamente designada a vereadora Clair Castilhos - PSDB, como relatora em 02/10/89, cujo parecer é de que o conjunto de emendas são constitucionais e legais, sendo portanto favorável a sua aprovação (em 04/10/89).

No dia 17/10/89, a comissão que tinha como presidente o vereador Michel Curi (PDS) e vice-presidente João Telbas (PFL) emite parecer favorável, e o projeto é aprovado em redação final na Câmara Municipal de Florianópolis, em 17/10/89, entrando em vigor na data de sua publicação. (Lei 3291, de 01/11/89). O texto final foi publicado no DOE, em 12/01/90.

A atuação do Conselho Municipal de Saúde será discutida em capítulo específico.

Cabe ressaltar, aqui, o processo de elaboração da referida lei. Já em 1986, o relatório da 8ª Conferência Nacional da Saúde, recomendava que “deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional, e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde” (Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1986:25).

A forma de organização do C.M.S. em Florianópolis que acabou sendo aprovado à época, foi a representação por zoneamento administrativo, que segundo o então vereador Ricardo Baratieri (PMDB), ocorreu em função do planejamento estabelecido na Secretaria Municipal. Mas de acordo com seu ponto de vista em entrevista concedida em 04/10/95, "o governo municipal nunca foi voltado para permear a participação da população em decisões ou formulações dessa natureza. Era mais um conselho que tinha uma característica homologatória para obter os repasses, a garantia dos repasses financeiros do governo federal. Bem, era esse o sentimento que a gente tinha, até porque a Câmara não se fazia representar nesse Conselho e nunca foi chamada a participar... Eu digo isso, porque o relacionamento com o Governo Amin, eu tinha uma experiência anterior quando fui superintendente regional do INAMPS..." (nesse período Esperidião Amin era Governador do Estado). Segundo Magajewski, em entrevista realizada em 18/12/95, "uma representação por

região, ela exige uma organização de base muito grande, coisa que eu não vejo, nem hoje em Florianópolis...".

O referido projeto, aprovado em um pouco mais de 2 meses, não apresentou polêmicas, visto que, enquanto iniciativa do Executivo, a coligação "União por Florianópolis" apresentava maioria tranqüila no Legislativo, e as emendas apresentadas pelos vereadores da oposição não alteravam a estrutura do conselho, apenas ampliavam a representação.

A emenda apresentada pela vereadora Clair Castilhos, de inclusão de representante da Comissão de Saúde da Câmara Municipal de Florianópolis, e que foi aprovada, não coincide com as recomendações para criação e organização dos Conselhos de Saúde formulado pelo Ministério da Saúde, o qual diz que: "como o Conselho de Saúde é um órgão do Poder Executivo, não devem integrá-lo pessoas que pertençam ao Poder Legislativo ou ao Poder Judiciário, tendo em vista a independência dos poderes... Recomenda-se, então, que vereador, deputado, senador, ou juiz, não venham a integrar o Conselho de Saúde" (Ministério da Saúde, 1993: 21). Nada foi questionado a esse respeito à época.

Em 1992, esse tema volta à discussão, com 2 novos projetos apresentados que propõem modificações na estrutura do Conselho, tornando-o paritário.

Em 24/08/92, o Prefeito Municipal Antônio Henrique Bulcão Vianna (União por Florianópolis) enviou projeto-de-lei n.º 5248 à Câmara de Vereadores para alterar redação e criar artigo e parágrafo da Lei n.º 3291, de 01/11/89 que trata do Conselho Municipal de Saúde, através da Mensagem n.º 44/92, de 19/08/92.

Em 04/08/92, o então Secretário Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social - Dr. Murilo Ronald Capella, encaminha ao prefeito municipal a exposição de motivos para alteração da referida lei. A proposta objetiva atender a legislação federal (Lei 8080 e 8142) e as propostas da Conferência Nacional de Saúde, tendo como principal alteração a composição do Conselho que deve ser paritária (50% integrantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde e 50% de usuários).

Em 04/09/92, o então assessor da Comissão de Justiça Roberto Polli analisa o PL e as observações referem-se apenas à forma e não ao conteúdo.

Em 10/09/92, este PL foi encaminhado à Comissão de Constituição e Justiça, e em 19/10/92, o vereador Lauro Luiz de Andrade emite parecer favorável, salientando que tramita na Câmara PL do vereador João Ghizoni que propõe a criação do C.M.S. revogando a lei 3291/89, mas como o Conselho já foi criado e está em "funcionamento", basta as alterações deste PL para adaptá-lo à legislação federal.

Em 20/10/92, o PL foi encaminhado à Comissão de Saúde e Assistência Social, sendo relator o vereador Ricardo Baratieri. Por sugestão, devido a se tratarem de matérias idênticas, foram apreciados conjuntamente o PL do vereador João Ghizoni e do Prefeito Municipal. A Comissão de Saúde convidou representantes das entidades ligadas à questão da saúde e representante da PMF. As emendas propostas aproveitaram sugestões das entidades e do vereador Ghizoni, e referem-se: às finalidades do CMS, convênios com a iniciativa privada, convocação da Conferência Municipal a cada 2 anos, alteração na composição aumentando de 6 para 7 os representantes de entidades populares e diminuindo de 2 para 1 os representantes de associações de portadores de patologia, reuniões ordinárias mensais, e as deliberações homologadas pelo chefe do Executivo Municipal e publicadas.

Em 18/12/92, o presidente da Câmara de Vereadores - vereador Almir Saturnino de Britto, comunica ao prefeito municipal, Antônio Henrique Bulcão Vianna, a aprovação do PL no dia anterior.

O PL 5125 de autoria de João Ghizoni e outros deu entrada na Câmara Municipal no dia 28/04/92. Assinam o PL os vereadores Vitor Sérgio Schmidt (PT), Vilson Rosalino (PCB), Clair Castilhos Coelho (PSDB), Ricardo Baratieri (PDT) e mais 2 de assinatura não identificável.

Na sua justificativa, Ghizoni coloca a necessidade de adequar o CMS à legislação federal (Leis n.º 8080 e 8142/90), e como a reformulação da Lei Municipal 3291/90 teria que ser quase na sua totalidade, optou-se por um projeto global que, se aprovado, revogaria a lei anterior.

Destacou ainda que a proposta de lei por ele apresentada foi discutida e aprovada pela Conferência Municipal de Saúde realizada em 1991 e encaminhada para ser analisada pela Câmara de Vereadores. Em anexo ao seu projeto, consta

ata da Plenária do Fórum Popular de Saúde, realizada dia 09/04/92, com participação das seguintes entidades: SINTUFSC, ADESC, UFECO, SEEB, Associação Catarinense de Ostromizados, Igreja Presbiteriana Independente, Sindicato dos Vigilantes, Sindicato dos Trabalhadores em Asseio e Conservação, Igreja Batista Crer, ACASP, Sindicato dos Farmacêuticos, Pastoral da Saúde-CNBB, CRF, COREN, CRM, ACM, APUFSC, SIMESC, ABEn-SC, SINERGIA, SINDPREVS, Movimento Sem-Teto, CEBES-SC, CUT-SC e CISAT. A referida plenária deliberou pelo contato com o vereador João Ghizoni, para encaminhar o PL do CMS.

Em 10/06/92, o assessor da Comissão de Justiça - Roberto Polli, emite parecer que reconhece a fundamentação legal do PL no sentido de compatibilizar o CMS com a legislação vigente.

Em 12/06/92, vai para a comissão de Constituição e Justiça, sendo que o parecer da relatora vereadora Clair Castilhos Coelho foi aprovado em 22/06/92. Em 03/08/92, foi solicitado vistas por vereador de assinatura não legível, portanto não foi possível identificá-lo.

Em 20/10/92, é encaminhado à Comissão de Saúde e Assistência Social, quando então é analisado conjuntamente com o PL 5248 do executivo municipal, aprovado versão final em 17/12.

A nova lei (n.º 3970/93) foi publicada no Diário Oficial de 26/01/93, após ser assinada pelo prefeito Sérgio Grando, em 14/01/93.

O vereador João Ghizoni, em entrevista concedida em 26/10/95, confirma os passos de discussão e apresentação do referido PL que constam do processo, conforme já relatado anteriormente. Afirma ainda essa proposta de “um conselho vamos dizer assim mais democrático, mais avançado, e é claro que isso fez com que ficasse dormindo nas comissões como muito projeto que tem essa origem mais no campo popular... quando entrou o projeto do Executivo, acabou tendo prioridade”.

O então Secretário Municipal da Saúde, Dr. Murilo Capella frisa o seguinte: “quando eu assumi, já existia um Conselho Municipal de Saúde formado exclusivamente por pessoas da comunidade. Os prestadores de serviço, não existiam. Antes de sair nós conseguimos organizar e deixamos essa definição paritária, a partir daquela conferência microrregional que nós tínhamos presidido” (entrevista realizada em 10/04/96).

Apesar do executivo ter coordenado e participado da Conferência Municipal que discutiu a proposta de reestruturação do Conselho, não houve consonância com o anseio das entidades do Fórum Popular de Saúde, sendo que seu projeto chegou 4 meses mais tarde no Legislativo, atrasando o processo. Se houvesse uma identidade da administração municipal, esse projeto poderia ser encaminhando conjuntamente e assim ter sua tramitação e aprovação agilizadas.

Segundo Magajewski, “a alteração da legislação, ela foi negociada por um grupo de participantes da Conferência Microrregional de 1991.... esse projeto saiu da Conferência muito legitimado, porque foi uma Conferência, aqui em Florianópolis, tinha mais de 100 pessoas só do município, e, então, o projeto foi encaminhado para o Secretário Murilo Capella, e ele não encaminhou adequadamente, ele não passou à Câmara esse projeto... Quando a Frente Popular ganhou o governo em final de 92, pessoas que tinham participado dessa conferência junto com pessoas do Fórum Popular de Saúde, que já tinham larga experiência na negociação da lei no estado, então fizeram uma reunião com os vereadores, com o presidente da Câmara, Secretário Municipal de Saúde, inclusive o Baratieri também participou e conseguimos negociar as alterações da lei que já vigia... mas o avanço foi de que antes da Frente Popular assumir o governo já se tinha a lei aprovada, foi aprovada em dezembro de 92”.

O vereador Ricardo Baratieri, da Comissão de Saúde, justifica a iniciativa de chamar as entidades populares para discutir o projeto do Conselho “para que pudéssemos fazer alguma coisa consonante com o pensamento das entidades, ou seja, com representatividade da cidade, das forças vivas que sempre estiveram preocupadas com a questão da organização dos serviços de saúde, e o Fórum Popular de Saúde, sem sombra de dúvidas, em que pese sua organização, ainda incipiente na ocasião, já se fazia presente. Então, nós fizemos, ao escutar as várias entidades para poder ter uma legislação compatível com o pensamento do movimento sanitário e com o pensamento popular, no sentido de que buscasse dirigir as nossas ações naquele caminho”. Inclusive, foi por sua iniciativa que o projeto do vereador João Ghizoni foi retomado e analisado conjuntamente com o projeto do executivo, devido à importância de sua origem.

O processo de mobilização e pressão das entidades, juntamente com vereadores da oposição, aliado à conjuntura política daquele momento, quando as forças políticas que estavam à frente do Executivo perderam as eleições municipais majoritárias favoreceram a aprovação do referido projeto, já que sua implantação seria tarefa da nova administração. No Legislativo, continuava garantida a maioria conservadora, hegemônica pelo PDS/PFL.

2 - Convênio SUS/SC - 01/91 - Prefeitura Municipal de Florianópolis e Governo do Estado de Santa Catarina:

Em 22 de julho de 1991, foi assinado o termo de convênio entre o Estado de Santa Catarina, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, e o município de Florianópolis, visando o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, sendo publicado no Diário Oficial do Estado deste mesmo dia.

Em 28 de agosto, a seguir, o prefeito Bulcão Vianna encaminha ao presidente da Câmara de Vereadores, uma cópia do referido convênio, o qual foi aprovado em 05/09/91, sob a forma de decreto legislativo n.º 890/91, publicado no Diário Oficial de Florianópolis, em 21/10/91.

O posicionamento da Câmara de Vereadores, neste caso, representava apenas a homologação de algo que já era esperado, a assinatura do Convênio SUS.

A transcorrência de 3 anos entre a promulgação da Constituição Federal que criou o SUS, e a assinatura do convênio entre a Prefeitura Municipal e o Governo do Estado, têm seus motivos.

O governo estadual estava sob o comando político do PMDB, após a eleição de 1986 e a prefeitura, como já foi citado, estava sob o comando político da coligação “União por Florianópolis”, hegemônica pelo PDS/PFL, a partir da eleição de 1988.

A análise da construção do SUS em Santa Catarina, no período de 1987-90, realizado por Magajewski, diz que as prioridades definidas pelo Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, a partir de 1989, em sua maioria constituíram-se “em convênios de transferências de recursos aos municípios para a construção de

unidades sanitárias, a compra de equipamentos, ampliação e reformas, com nítida predominância de base eleitoral do sul do estado e dos municípios administrados por prefeitos do PMDB” (1994: 104).

Essa constatação é reforçada por Luís Alberto da Silveira, primeiro Secretário Municipal de Saúde nomeado na gestão PDS/PFL (Amin-Bulcão Vianna): “foi dessa forma que eu me vi frente à Secretaria procurando aperfeiçoar o SUS, com muita dificuldade em que isso é uma realidade, quando os partidos políticos que compõem o estado e o município não são os mesmos, sempre existe alguma dificuldade e naquela ocasião nós tínhamos dificuldades”(entrevista à autora em 09/11/95).

Após as eleições para o governo do Estado em 1990, com a vitória da coligação PFL/PDS, através dos nomes de Vilson Kleinubing, para Governador, e Esperidião Amin, para o Senado Federal, foi nomeado para o cargo de Secretário da Saúde, o médico João Ghizzo Filho, assumindo o governo em início de 1991.

O depoimento do secretário municipal à época, Dr. Sidney Garcia, também reforça a forma através da qual se estabelecem as relações políticas entre as diferentes instâncias de governo: “eu ainda tive a ascensão ao cargo de secretário da saúde na época do João Ghizzo, e houve aí, mais por amizade pessoal, por sermos conterrâneos, então houve uma facilitação nessas questões” (entrevista à autora em 07/11/95).

A primeira cláusula do referido convênio diz respeito ao objeto, que seria aperfeiçoar a implantação do SUS no município, estabelecendo procedimentos para: “- a transferência de recursos financeiros alocados no orçamento da Secretaria de Estado da Saúde para investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e às demais ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização de atividades curativas e preventivas”.

Com a hegemonia política do PDS/PFL, no Governo Estadual, Prefeitura Municipal e Câmara de Vereadores, transcorreram apenas 9 dias entre o encaminhamento do Executivo Municipal, em 28/08/91, e a aprovação do decreto legislativo, em 05/09/91.

3 - Remanejamento de vagas existentes no Quadro de Pessoal Civil:

Em 09/07/93, o prefeito municipal Sérgio Grando (Frente Popular), encaminhou ao Presidente da Câmara de Vereadores a convocação extraordinária desse poder durante o período de recesso para que pudesse apreciar vários projetos encaminhados pelo executivo.

Dentre esses projetos, em 12/07/93, o prefeito municipal através da mensagem n.º 044/93 justifica a necessidade do remanejamento de 23 vagas da categoria funcional serviços básicos de saúde e assistência para a categoria funcional: serviços auxiliares de saúde e assistência. Isso significa, na prática, transformar 23 vagas de auxiliares de enfermagem em vagas de técnicos de enfermagem.

Na referida mensagem, o prefeito explicita a existência de 2 escolas de formação profissional para técnico de enfermagem e a falta de escolas de auxiliares de enfermagem, portanto “inócuo manter no quadro vagas ociosas sem possibilidades de preenchê-las” (Mensagem n.º 044/93). Além disso, em passado recente, a PMF realizou concurso público para técnico de enfermagem, podendo absorver imediatamente os candidatos aprovados, e também justifica a capacitação mais especializada desses profissionais.

Em 19/07/93, o vereador José Leandro Martins (PFL), que inclusive já havia ocupado o cargo de Secretário Adjunto da Saúde e Desenvolvimento Social durante a gestão Amin/Bulcão Vianna, solicitou informações se foram realizados treinamentos práticos e teóricos para que os profissionais fossem remanejados de uma categoria funcional para outra, demonstrando que não entendeu o conteúdo do referido projeto.

Em 20/07/93, a vereadora Zuleika Mussi Lenzi (PMDB) solicitou esclarecimentos sobre quando ocorreu o concurso para técnico de enfermagem, quantos foram aprovados, e quantos já haviam sido aproveitados.

A resposta do Executivo Municipal veio rapidamente, já no dia 22/07/93, através dos ofícios n.º 2269, n.º 2275 e n.º 2282 do Secretário Municipal Chefe do Gabinete, Sr. Carlos José Gomes Faraco e informações fornecidas pelo Secretário Municipal de Administração, Sr. Francisco José Pereira. Em relação às indagações

do vereador José Leandro, foi esclarecido que o remanejamento refere-se a vagas disponíveis e ainda não ocupadas, portanto “não foram e nem serão realizados treinamentos de capacitação, pois conforme o exposto acima o remanejamento não é de servidores que ocupam os cargos de auxiliares de enfermagem para o de técnico, mas de vagas” (Ofício n.º 02275, de 22/07/93). Em relação ao que foi solicitado pela vereadora Zuleika Lenzi, esclarecia-se que o referido concurso para técnico de enfermagem ocorreu em 26/04/92, no qual foram classificados 102 concursados e aproveitados 38.

Sem outros obstáculos, em 29/07/93, o presidente da Câmara de Vereadores encaminhou ofício ao prefeito Sérgio Grando comunicando a aprovação do referido projeto, dentre outros, o qual foi publicado em Diário Oficial do Estado de 23/08/93 sob a forma da Lei n.º 5015/93, sancionada em 11/08/93.

4 - Vigilância Sanitária do Município de Florianópolis:

Em 18/11/94, o prefeito municipal Sérgio Grando encaminhou ao Presidente e demais membros da Câmara Municipal o projeto de lei que “dispõe sobre normas relativas à Saúde e à Vigilância Sanitária no município de Florianópolis, estabelece penalidades e dá outras providências”, através da mensagem n.º 093/94. Em anexo, a exposição de motivos, um documento de 4 páginas, e composto de 7 itens coloca os pontos importantes do projeto.

O item I refere-se aos fundamentos constitucionais, ou seja, a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado (artigo 196) e aos serviços de saúde que passam a ser considerados de relevância pública (artigo 197).

O item II destaca o artigo 18 da Lei Orgânica de Saúde (n.º 8080 de 19/12/90), no qual fica estabelecido como competência e atribuição do município, dentre outras, a execução dos serviços de Vigilância Sanitária.

O item III intitula-se “Florianópolis e o grande desafio”, que é considerado em função do município ser a capital do Estado, e portanto gera expectativas de fornecer uma opção de modelo. Para tanto, resolveu-se inovar o método de trabalho e seu conteúdo para substituir projeto anteriormente discutido na Câmara de

Vereadores. Foram ouvidos os técnicos da área e estabelecido um convênio com a Fundação José Arthur Boiteux, vinculado aos professores de Direito da UFSC, recebendo assessoria dos professores Dr. César Luiz Pasold e Msc. José Isaac Pilati, ambos com formação em Direito Sanitário. Além disso, a prefeitura contou com o apoio da AFLOV - Associação Florianópolis de Voluntários.

O item IV, referente à metodologia utilizada, assegura que além da pesquisa bibliográfica e legal realizada pelos professores responsáveis, houve mais de 50 horas de reuniões e discussões com autoridades e técnicos da Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social da PMF, técnicos da Vigilância Sanitária da SES, representantes do Centro das Promotorias da Coletividade do estado e especialistas em saúde pública de outros estados. Esse processo estabeleceu as diretrizes básicas para a elaboração do anteprojeto.

O item V diz respeito aos aspectos estruturais relevantes do projeto, disposto em 80 artigos que contemplam: “disposições introdutórias”, “saúde da pessoa e da família”, “promoção e proteção da saúde”, “vigilância sanitária”, e “disposições gerais e finais”.

O item VI contempla os aspectos destacados quanto ao conteúdo do projeto, que dá atenção especial à pessoa e à cidadania, enfatiza a participação comunitária, a articulação com órgãos como o Ministério Público e os Conselhos Profissionais de interface operacional, simplifica procedimentos com vistas a agilizar a intervenção da autoridades de saúde.

No item VII, que representa uma síntese do exposto, o prefeito municipal solicita regime de urgência.

Em 30/11/94, o Sr. Guilherme Farias Cunha, Diretor de Vigilância Sanitária da SES, encaminha ofício ao Sr. Michel Curi, vereador do PDS e presidente da Câmara de Vereadores, com a análise do referido projeto, considerando-se que “atende todos os requisitos jurídico-institucionais necessários para a estruturação dos Serviços de Saúde Pública e Vigilância Sanitária”, recomendando sua aprovação (Ofício DVS/n.º 1101/94). Esse ofício foi lido na sessão do dia 05/12/94.

Em 16/12/94, o presidente Michel Curi comunica a aprovação do projeto-de-lei, ao prefeito municipal que sancionou em 19/12/94 sob a forma da Lei n.º 4565/94.

Diante do exposto, observa-se que o processo de tramitação da referida lei ocorreu em apenas 1 mês.

Na análise de Magajewski, secretário municipal de saúde à época, esse projeto teve um mérito especial, “foi um projeto que nós contratamos uma consultoria do Dr. Pilati, do pessoal da Universidade, altamente qualificado. E o Dr. Pilati particularmente, foi um mérito pessoal, fez um trabalho de convencimento de vereador a vereador, dentro da Câmara, e acompanhou o projeto até a aprovação. Então, esse projeto foi aprovado na íntegra, sem nenhuma alteração, um projeto pesadíssimo que poderia ser altamente discutido, porque tem uma legislação pesada, uma legislação sanitária”.

A descrição da tramitação desse projeto é importante para demonstrar o seu ineditismo e a qualificação que empreendeu ao processo legislativo, podendo ser seguido como exemplo.

Iniciando, a elaboração do projeto combinou 2 passos fundamentais: a pesquisa e a discussão entre técnicos e representantes da sociedade civil; durante a tramitação, a exposição de motivos e o contato com vereadores não deixam dúvidas sobre a relevância do projeto e a qualidade do seu conteúdo, o que permitiu que a sua aprovação acontecesse de forma rápida e inequívoca.

5 - Criação de Vagas e Funções Gratificadas:

Em 15/03/94, o prefeito municipal Sérgio Grando, através da mensagem n.º 019, encaminha à Câmara de Vereadores um projeto de lei n.º 6030/94 que contempla 3 aspectos: criação de vagas no quadro único de Pessoal Civil da PMF; criação de funções gratificadas (anexo II e III); reformulação do Anexo VII da Lei n.º 2897/88.

A referida mensagem, justifica a necessidade de criar novas vagas para garantir a cobertura assistencial necessária à população, através da rede de centros de saúde e seguindo os princípios do SUS, visto que o quadro de pessoal técnico do Departamento de Saúde inviabiliza sua execução. A área de Desenvolvimento Social também não apresenta quadro profissional adequado aos projetos planejados

como: Casa da Liberdade (Centro de Atendimento à Criança e Adolescente), SOS Criança, reativação do Casarão (Atendimento a meninos e meninas de rua), criação de Centros de Educação Complementar (curso profissionalizante), todos voltados aos trabalhos com crianças e adolescentes.

A criação de funções gratificadas tem por finalidade estabelecer uma coordenação em cada centro de saúde, de acordo com sua complexidade, para se contrapor à ausência de gerenciamento e excessiva centralização de decisões (com possibilidade de erros, devido à distância dos locais onde ocorrem os problemas), e assim, implantar a descentralização das ações e decisões da política de saúde prevista pelo SUS.

A reformulação do anexo VII da Lei n.º 2897/88, diz respeito à necessidade de se adaptar à nova realidade do quadro de pessoal colocada pela implantação do SUS, visto que 285 servidores oriundos do nível federal ou estadual e cedidos sem ônus para o município, desenvolvem suas atividades na rede municipal de saúde, e portanto estão integrados no processo de municipalização e necessitam ter os mesmos direitos e deveres.

Um documento de 23 páginas, encaminhado pela Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social, anexo ao processo de tramitação do referido projeto de lei oferece consistência a sua justificativa para subsidiar a análise dos vereadores como introdução, situa o quadro da rede de saúde (45 unidades) e serviços que presta nas mais diversas especialidades (pediatria, ginecologia e obstetrícia, homeopatia, acupuntura, ambulatório especializado em doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, endodontia e clínica odontológica de urgência). Ao comparar o teto mínimo de consultas preconizado pela portaria do MPAS 3046 (2,00 consultas/habitante/ano), observa-se que com os recursos humanos disponíveis para a capacidade instalada apresentam um potencial de 1,68 consultas/habitante/ano, o que representa um déficit de 108.000 consultas.

As categorias profissionais que apresentam maior defasagem no quadro de pessoal, são: médicos de clínica geral e ginecologia e obstetrícia, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e auxiliar de serviços gerais.

Em relação ao projeto de coordenação das unidades básicas de saúde, há o relato de experiências, a partir de maio de 1993, com a realização de eleição para os primeiros coordenadores.

A avaliação realizada nos meses de março e abril de 1994 constatou o avanço técnico, administrativo e político das equipes locais. Vale ressaltar que as atribuições dos coordenadores eleitos caracterizam-se por atividades gerenciais, entendida como “as ações de administração de recursos humanos e materiais no âmbito da unidade e as ações técnico-políticas relacionadas com o planejamento local e o envolvimento com a comunidade na construção do processo gerencial das ações em saúde” (exposição de motivos do PL6030/94: 26).

No quadro abaixo, é possível observar a estruturação dessas coordenações conforme o grau de complexidade da rede:

COORDENADOR	SÍMBOLO	VAGAS
Policlínica	FG 1	02
Centro Saúde III	FG 2	05
Centro Saúde II	FG 4	15
Centro Saúde I	FG 5	30
Clínica Odontológica	FG 4	06
Sub-Coord. Policlínica	FG 4	04
Sub-Coord. CS III	FG 5	10
TOTAL		72

Enfim, essa coordenação tem como responsabilidade a condução da política municipal de saúde no âmbito da área de abrangência da referida unidade de saúde.

A justificativa para ampliação de vagas na área de Desenvolvimento Social, tem por base um estudo-diagnóstico realizado por técnicos da PMF, que identificou 46 áreas com características básicas de favelização e propõe nesse sentido uma ação descentralizada, em nível local, com municipalização de políticas ou programas de caráter assistencial e de apoio e proteção a crianças, adolescentes e família.

Os programas propostos são:

- assistência pública e cidadania: assistência sócio-jurídica com vistas à criação da Defensoria Pública Municipal, assistência emergencial, atendimento ao migrante;

- ação comunitária: definição e implantação de uma política habitacional, realizando trabalhos junto aos Programas de Habitação Popular e de infra-estrutura em áreas comunitárias, especialmente em áreas de remoção ou ocupação;
- formação e aperfeiçoamento profissional: ação junto às demandas ligadas ao subemprego, desemprego e formação e aperfeiçoamento de mão-de-obra. Em trabalho de parceria com outras entidades pretende criar alternativas de auto-sustentação para grupos (cooperativas) e/ou indivíduos (micro-empresas) através dos Centros de Profissionalização Popular. Exemplos de cursos realizados em 1993: costura doméstica, costura industrial, aplicação à máquina, modelagem industrial, corte de cabelo, eletricitista, datilografia, cabeleireiro, manicure/pedicure, auxiliar de manutenção em aeronaves;
- educação e promoção social: promove ações através dos Centros de Educação Complementar e também de proteção a crianças e adolescentes em situação de risco: SOS Criança (atendimento às crianças vítimas de maus-tratos), Albergue Santa Rita de Cássia (alimentação e abrigo para crianças e adolescentes até 18 anos), Casarão (atendimento sócio-pedagógico às crianças e adolescentes), Casa da Liberdade (atendimento a 30 crianças e adolescentes com oficinas de informática, datilografia, pró-leitura, jardinagem e horta, capoeira, música e capacitação para educadores);
- grupos de convivência da terceira idade: constituídos em 6 bairros.

Muitas dessas atividades utilizam recursos humanos da Secretaria de Educação, colocados à disposição pelo período de doze meses, como professores substitutos. Com a dificuldade em mantê-los, fica comprometida a continuidade de programas.

O arquivo do processo de tramitação do referido projeto-de-lei ao qual se teve acesso, não continha todos os documentos necessários para descrever todo o trâmite, como aconteceu com os projetos anteriores.

É sabido, porém, que houve um projeto de substitutivo global, de autoria do vereador José Leandro Martins - PFL. Em 21/07/94, o secretário municipal Flávio Magajewski, através do ofício n.º 304/94, propõe uma emenda ao referido substitutivo, que se refere ao número de vagas do nível operacional nas categorias de serviços básicos de saúde e assistência, e serviços elementares. Em sua análise

sobre a substituição salienta que “é importante ressaltar que o substitutivo ora em tramitação na Câmara, pelo corte linear e arbitrário que provocou no projeto original do Executivo, mantém a situação de dificuldade que tem caracterizado o atendimento das necessidades de serviços de saúde no município nos últimos anos, obrigando o encaminhamento, em futuro próximo, de novo projeto com o objetivo de garantir as condições materiais de funcionamento dos serviços” (ofício n.º 304/94).

Em 20/09/94, novamente o secretário municipal envia ofício à Câmara de Vereadores, destinada ao vereador D. J. Machado - PDS, Presidente da Comissão de Constituição e Justiça. Desta vez, entretanto, a solicitação era para retirar a emenda proposta anteriormente, com o argumento de que “a urgência requerida para a aprovação do projeto obriga-me a solicitar-lhe, contando mais uma vez com a sensibilidade pública do nobre edil, a retirada da emenda incorporada ao projeto-de-lei, uma vez que a sua análise tornou-se mais um motivo de demora injustificável do ponto de vista social”, e mais uma vez também critica o substituto, “pelo corte linear e arbitrário provocado pela infeliz intervenção do Presidente da Comissão de Saúde desta casa no projeto original do Executivo” (Ofício n.º 446/94).

Em 19/10/94, o prefeito municipal Sérgio Grando comunica ao vereador Michel Curi, presidente da Câmara Municipal, a sanção do projeto, agora sob a forma de Lei n.º 4504/94, publicada no Diário Oficial do estado, em 25/10/94.

Através da tabela n.º 12, é possível observar a defasagem quantitativa no quadro de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, através da comparação entre o que foi constatado como necessário em estudo realizado por técnicos da área, o que foi solicitado através do projeto de lei apresentado pelo Executivo Municipal, e o que foi aprovado através do substitutivo do vereador José Leandro Martins - PFL.

Tabela n.º XII - Número de vagas necessárias, solicitadas e aprovadas, conforme grupo operacional - Florianópolis, 1994.

GRUPO OPERACIONAL		NÚMERO DE VAGAS		
		NECESSÁRIAS	SOLICITADAS	APROVADAS
III	MÉDICOS	17	15	
N	ENFERMEIROS	08	05	
Í	ODONTÓLOGOS	07	05	
V	SOCIÓLOGO	02	01	
E	PSICÓLOGO	04	04	
L	ASSISTENTE SOCIAL	18	13	
S	SUBTOTAL	56	44	26
U				
P	EDUCADOR ARTÍSTICO II	05	02	
E	EDUCADOR SOCIAL II	09	07	
R	TÉCNICO DE ESPORTES	07	05	
I	ADVOGADO	01	--	
O				
R	SUBTOTAL	22	14	07
	TOTAL	78	58	33
II	TÉCNICO ENFERMAGEM	20	11	
N	TÉCNICO LABORATÓRIO	04	04	
Í	TÉCNICO DE RAIOS X	---	02	
V	TÉCNICO DE HIGIENE DENTAL	12	12	
E				
L	SUBTOTAL	36	29	23
M	AUXILIAR SOCIAL	07	07	
É	EDUCADOR SOCIAL I	24	26	
D	EDUCADOR ARTÍSTICO I	15	09	
I	OUTROS	08	---	
O	SUBTOTAL	54	42	16
	TOTAL	90	71	39
II	AUXILIAR ENFERMAGEM	10	10	
NÍ	ATEND.CONSULTÓRIO			
VEL	ODONTOLÓGICO	40	40	
	SUBTOTAL	50	50	50
O				
PE	MOTORISTA	03	03	
RA	AUXILIAR DE SERVIÇOS	25	30	
CIO	OUTROS	32	07	
NA				
L	SUBTOTAL	60	40	00
	TOTAL	110	90	50
IX	FISCAL SANITÁRIO	06	06	05
FIS				
CA				
LI				
ZA				
ÇA				
O				
	TOTAL GERAL	284	225	127

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

A referida tabela evidencia o que foi tratado anteriormente, visto que em relação especificamente aos profissionais de saúde, foi autorizada a contratação de apenas 33 dos 58 solicitados enquadrados como de nível superior, 39 dos 71 solicitados de nível médio, e 50 dos 90 solicitados de nível operacional.

O secretário municipal Flávio Magajewski relata que a tramitação desse projeto foi a sua primeira grande experiência de relação com a Câmara de Vereadores. Na sua análise, o PL foi barrado, bem como sua tramitação protelada por uma ação individual do vereador José Leandro por questões pessoais, visto que já havia sido secretário, e “havia também uma certa relação direta entre esse projeto e o antigo Secretário Baratieri que era líder da oposição na Câmara, então o pessoal cutucava o Baratieri negando a aprovação desse projeto” (entrevista à autora). Além disso, houve 2 perdas importantes, a mutilação do projeto em quase metade das vagas e o veto ao artigo que garantia certa isonomia de tratamento entre o pessoal cedido pelo governo federal e estadual, e o municipal.

Durante o processo de elaboração e envio do PL para a Câmara, o secretário municipal era Ricardo Baratieri, que depois ocupou vaga de suplente como vereador, o qual analisa a situação da seguinte forma: “quando a Câmara de Vereadores no momento em que eu era secretário, não nos deu respaldo porque imaginava, como dizia um dos vereadores de oposição, que os cargos, ou seja, as vagas, que nós estávamos pedindo eram para, com uma visão pequena como se essas pessoas fossem entrar pela porta dos fundos para ser cabo eleitoral da minha eventual candidatura. Não teve nada disso, nunca houve isso. Então as pessoas para entrar no serviço público precisam de concurso público, então nós temos a visão de melhorar o funcionamento da rede, e nunca utilizar a rede para benefício pessoal, portanto na nossa prática política isso nunca existiu” (entrevista à autora, em 24/10/95). Segundo Baratieri, a aprovação desse PL também permitiria dispensar a figura precária do profissional contratado por serviços prestados, considerado “esdrúxulo” e ilegal, que foi herdado da administração anterior.

Apesar desse projeto ter sido enviado para a Câmara de Vereadores na gestão Grandó/Afrânio, da Frente Popular, a carência de profissionais de saúde já era sentida na administração anterior Amin/Bulcão, da União por Florianópolis, como pode ser constatada no depoimento de 2 secretários dessa gestão anterior. Segundo

Sidney Garcia, a secretaria “sempre trabalhava com o mínimo que era possível para suprir as exigências mínimas, porque houve épocas de ter profissional fazendo três dias num local e dois noutro, o que é uma loucura, um absurdo. Então sempre foi muito difícil a questão de médicos, dentistas e enfermeiros, já de técnicos de nível médio era uma coisa assustadora” (entrevista à autora, em 07/11/95). A análise de Murilo Capella diz que “com relação a recursos humanos, eu acho que havia carência. O número de médicos para assistência de postos poderia ser maior... Segundo, na área de enfermagem também há uma carência muito grande... Nas outras carreiras profissionais que tinha lá como farmacêutico, o bioquímico, o número era muito limitado... Mas em linhas gerais, há, existe sempre carência em recursos humanos” (entrevista à autora, em 10/04/96).

É lamentável que um profissional de saúde que já havia ocupado o cargo de Secretário Adjunto de Saúde e Desenvolvimento Social, em 1989, na gestão Amin/Bulcão (isto pressupõe que conhecia a realidade da secretaria municipal), proponha um substitutivo ao PL do Executivo reduzindo em quase metade o número de vagas. E o que agrava mais ainda a situação, é o fato de ter sido aprovado pela maioria conservadora dos vereadores, sem considerar toda a argumentação exposta para justificar a ampliação das vagas em função das atividades e projetos a serem desenvolvidos.

Segundo Magajewski, “a Câmara em si, ela tem uma certa sensibilidade com relação às coisas da saúde, porque os vereadores em geral, têm vínculos meio paroquiais e em cada paróquia tem um posto de saúde. Eles querem ter na sua localidade o melhor serviço de saúde possível, mas alguns vereadores especificamente, como eu te falei, eles se colocam na postura de porta vozes dessa postura oposicionista, independente da qualidade, do mérito do projeto, então eu acho que nisso todos os vereadores que querem ver um desgaste da administração, se colocaram, vamos dizer assim, de uma forma escamoteada, mas apoiando essa postura de resistência, de não aceitação da questão desse projeto. Os outros projetos, quando aprovados não tiveram grande resistência, nenhuma, nenhuma. Foi muito bem encaminhado, inclusive Baratieri tem esse mérito que esse ano vários dos projetos foram encaminhados por ele”. (entrevista à autora, em 18/12/95).

Para a análise global do comportamento da Câmara de Vereadores, no decorrer desse processo, vamos retornar ao conceito de poder, exposto em capítulo anterior. Testa estabeleceu uma tipologia do poder referente ao setor saúde, que identifica os âmbitos onde se desenvolvem as ações que expressam as relações de poder: administrativo, técnico e político.

O poder político tem a sua disposição uma série de recursos distintos, estabelecidos em conjunturas sociais evidenciando as discussões em âmbitos decisórios, como por exemplo o parlamento, os votos, filiações partidárias, mobilizações, apoio de grupos sociais, formas de pressão, lobbysmo e a violência. Há uma dupla dimensão temporal em relação ao poder: o curto prazo político enfoca as contradições e conflitos gerados nesse nível; o longo prazo político refere-se à busca de condições favoráveis aos projetos transformadores.

A consideração de Testa, do poder enquanto ideologia, coloca-o “como um saber e uma prática que autoconstrói seus sujeitos - e, como consequência, consolida sua prática - indicando com exemplos as diversas combinações possíveis de conhecimentos empíricos e científicos com práticas hegemônicas ou de dominação” (Testa, 1995: 43-44).

Utilizando esse referencial para análise desse processo específico, observa-se que mesmo com uma mudança de direção política na gestão do poder executivo municipal não houve apoio nem correlação de forças suficientes para mudar a representação política do poder legislativo municipal, que se mantém com uma maioria conservadora, fato que se reflete na aprovação dos projetos de lei de acordo com os interesses dessa maioria.

Ainda em relação a essa questão, Bobbio considera o processo legislativo “o significado convencional de fenômeno dinâmico da realidade social, que se caracteriza por uma concentração de atos e de fatos não necessariamente disciplinada pelo direito, começando com a “demanda” da lei e “terminando” com a decisão da lei ou com a rejeição da demanda” (Bobbio, 1992: 996). A demanda da lei pode surgir como uma expressão de vontade, anterior ao ato de proposta, que deve ser inserida num ordenamento jurídico. Pode-se considerar que qualquer pessoa pode expressar o desejo de uma lei, mas mesmo nos sistemas que reconhecem a iniciativa popular, pode ser raro que a vontade dos cidadãos adquira a

consistência da “demanda” sem a mediação de estruturas políticas, sociais e econômicas. Nesse sentido, além de produtores de demandas, o governo, partidos políticos, sindicatos e grupos de pressão podem se tornar receptores dos desejos de lei da sociedade civil.

A representatividade da Câmara de Vereadores de Florianópolis é analisada nestes termos por Sidney Garcia, ex-secretário municipal de Saúde: “temos que ter a felicidade de montar uma Câmara de Vereadores de gente um pouco mais comprometida com a população, porque é importantíssimo a figura da Câmara nesse processo, e ela faz a legislação das questões e é importante a presença do vereador, ele representa as comunidades, então temos que ter é pessoas de mente aberta para essas questões para que não fique depois lá dizendo não, mas só queremos mandar serviço e dinheiro que é bom, têm que vir os dois com certeza, serviços e financiamento” (entrevista à autora, em 07/11/95).

O vereador João Ghizoni, por sua vez, ao analisar a composição da Câmara de Vereadores em Florianópolis, considera-a como reflexo do poder econômico nas eleições: “se nós formos verificar a composição e aqueles setores que, digamos assim, tem uma penetração na sociedade de forma mais acentuada e que dirige o movimento sindical, o movimento comunitário, etc. e tal, nós vamos ver que somos maioria, e na Câmara de Vereadores nós somos minoria, e o prefeito também é vinculado a essa maioria. Então, eu acho que existe ainda uma grande influência do poder econômico nas eleições que acaba dando um resultado deformado da própria vontade popular, vamos dizer assim.” (entrevista à autora, em 26/10/95).

De acordo com Avelino Filho, a política clientelista sobrevive “a partir de sua capacidade de substituir os antigos laços de lealdade pessoal pela oferta de benefícios materiais, os mais individuais possíveis, de maneira a evitar conflitos e maximizar o seu arco de influência eleitoral” (1994: 227). Ainda segundo este autor, no clientelismo eleitoral, onde quem controla o fluxo de benefícios depende dos resultados das eleições, há 2 instituições importantes, que são os partidos políticos e o próprio sistema eleitoral. Afinal, a reprodução da classe política depende do acesso ao poder garantido pela vitória eleitoral.

O êxito da relação clientelista tem por base não especificamente o benefício imediato, mas a esperança de futuros benefícios devido à relação com alguém

investido de poder, utilizando-se de dois argumentos, ou seja, a capacidade de manipular essas esperanças e o monopólio sobre as fontes de benefícios. Então, “a eficácia do clientelismo está em fazer o eleitor acreditar que aquele é o caminho mais seguro para a obtenção de um benefício”(Avelino Filho, 1994: 238).

A presença do clientelismo na vida política nacional permanecerá ainda por um bom tempo, acredita o autor, devido à condição aguda de marginalidade econômica e social imposta à maioria da população brasileira, que, mesmo associado a mudanças na legislação eleitoral e partidária, não provocará a transformação dos eleitores “de clientela” em eleitores “ideológicos”.

Essa questão pode ser constatada no depoimento do vereador Ricardo Baratieri (PDT), sobre como a população vê o vereador: “o papel do administrador público é ofertar serviços ao público, possibilitar à população ter acesso aos serviços de saúde. Hoje o que acontece, a situação no meu ponto de vista mais indigna que um ser humano pode se submeter, é pedir para ter acesso a uma cirurgia, a uma consulta, a um bem que é direito seu. Então nós ficamos assistindo à mendicância da população aos serviços de saúde e aos serviços públicos em geral, mas na saúde que a gente conhece melhor, vivencia todo dia. Eu não sou vereador para arrumar consulta, para arrumar exame, mas a população tem tanta dificuldade disso que a gente às vezes é confundido com um office-boy de luxo, no sentido de um despachante de luxo para conseguir acesso é ridículo, é isso que a gente está vivenciando, eu vejo assim. Eu tenho fé no futuro, eu acredito que a nossa luta vai possibilitar melhorias, mas basicamente depende do nosso engajamento político para poder reverter expectativas, tendências. E o exemplo que a gente tem toda vida, é que a luta do nosso povo pode ser vitoriosa, como foi na África do Sul. (entrevista à autora, em 24/10/95)

Para mudar essa situação, Avelino Filho propõe o fortalecimento dos partidos políticos para combater o elitismo que tem marcado a política nacional numa sociedade desigual e desorganizada, como é a brasileira. A legitimidade dos partidos é reflexo de diversos fatores, como sua capacidade de agregar interesses e forjar identidades coletivas, bem como ser reconhecido como alternativa de governo, pois apesar de fazer parte de um todo, esse governo tem por base o todo e não as

vantagens individuais de seus componentes. A fragmentação dos partidos brasileiros reflete-se na sua legitimidade como opção coletiva de poder.

Um estudo que analisa o processo de municipalização em 565 municípios do estado de São Paulo, contribui para o entendimento desse processo também em Florianópolis, revelando semelhanças como se pode observar a seguir.

Observa-se que tanto o chefe do executivo como vereadores que se candidatam e se apresentam aos eleitores a partir de critérios e características individuais, ressaltando o caráter privado e individual das relações públicas e políticas. Nesses casos, tanto o prefeito como os vereadores aparentam prescindirem dos cidadãos que os elegeram, e esse comportamento é decorrente, em sua maioria, de uma conjuntura mais ampla envolvendo outros atores em diferentes patamares de governo.

Em municípios grandes, identifica-se o comportamento de vereadores notadamente com mediações que incluem componentes de ordem ideológica e de classe. “A institucionalização do embate se dá, em regra, através da identificação, senão estritamente partidária, pelo menos assumidamente no campo da luta política” (Heimann et alii, 1992:104).

Em municípios pequenos, observa-se a valorização das relações interpessoais como conduta padrão no exercício da vida política e pública, e o que seria o exercício transitório do poder público reforça o domínio econômico e político.

Em municípios médios encontra-se resistência a práticas e conteúdos do coronelato como padrão de conduta política, surgindo novos agentes políticos oriundos de setores diversificados que, ao contrário dos conservadores, incorporam a coletividade como expressão da política social. Reconhecem como partidos com ações próprias desenvolvidas nesses municípios, o PMDB e o PT.

No geral, o tema da saúde é tratado de forma genérica e imprecisa nos discursos dos representantes de partidos políticos. Muitas vezes, o exercício do poder executivo ou legislativo não efetiva os planos de governo apresentados durante a campanha. Em municípios grandes, é crescente o grau de especialização nas diferentes áreas de conhecimento.

Como singularidades referentes aos partidos políticos na área da saúde, “podemos afirmar que o PT enfatiza a questão da participação popular como estratégia obrigatória para a implantação do SUS” (Heimann et alii, 1992:116).

Nos grandes municípios, muitas vezes os movimentos sociais conseguem eleger candidatos que defendem estratégias de ação para o setor saúde. No entanto, esses representantes enfrentam dificuldades impostas pelas forças conservadoras na manutenção da hegemonia econômica, política e ideológica.

A constituição de 1988 conferiu ao município a autonomia política e, portanto, a necessidade de legislação específica. A elaboração de projetos de lei contou com a participação de “consultores”, advogados, contadores e funcionários municipais, seja contratados pelas Câmaras ou indicados pelos prefeitos. Muitos desses projetos foram aprovados “sem maiores discussões entre os vereadores e sem a participação das entidades, apesar das tentativas e das mobilizações feitas” (Heimann et alii, 1992:176).

Deve-se considerar a desinformação, o desinteresse, o desencanto e a relação de poder público com a população como fatores para que nem todos os setores se mobilizassem para essa discussão.

Esse processo ocorre num momento da vida política brasileira, em que após quase 30 anos de jejum cívico, em 1989 é eleito Fernando Collor - PRN, como presidente da República, após vencer no 2º turno o candidato da oposição, Luís Inácio Lula da Silva - Frente Popular, numa eleição polarizada.

Em 1990, ocorre eleição para os governos estaduais e Congresso Nacional, com a recondução de praticamente todos os constituintes nota zero e derrota eleitoral de vários parlamentares nota dez, segundo a avaliação do DIAP (Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar) realizada de acordo com o posicionamento dos constituintes frente aos interesses populares.

Essa atividade político-partidária e eleitoral, com toda a fauna de políticos fisiológicos, populistas e cabos eleitorais teve reflexos no processo de municipalização, visto que esse processo não é um fenômeno pontual que se implanta por decreto, mas decorrente de múltiplas determinações.

Aprofundando a questão do controle social e participação, no próximo capítulo serão abordados a implantação e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.

VI - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: REPRESENTAÇÃO E REESTRUTURAÇÃO

A proposta de mudança estrutural para o sistema de saúde que emerge na década de oitenta, traz consigo a concepção de um modelo assistencial que tem como ponto importante a representação orgânica da população no processo de planejamento e gestão das ações de saúde. Alguns autores destacam essa questão, como Gerschmann ao colocar sobre o surgimento do movimento popular em saúde, Jacobi ao se referir às condições para viabilizar a participação popular, e Teixeira ao incitar desafios às entidades populares.

Coerente com um dos princípios do SUS que defende a participação popular, este capítulo pretende analisar a organização do Conselho Municipal de Saúde em dois momentos distintos. O primeiro refere-se ao período inicial, quando o Conselho Municipal de Saúde foi organizado em sua representação através do zoneamento administrativo do município, subdividido em 14 regiões. Num segundo momento, o Conselho foi reestruturado para se adequar às Leis n.º 8080/90 e 8142/90, reorganizando a sua representação através da forma paritária entre usuários e prestadores de serviço.

A concepção da estruturação dos serviços de saúde que contemple a participação tomou corpo com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que no seu relatório final, no tema que trata da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, coloca:

“3 - O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

a) referente à organização dos serviços ... - participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;

25 - Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos

trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida”. (Ministério da Saúde, 1996: 17-21).

Conforme foi relatado no capítulo anterior, a lei municipal que criou o Conselho Municipal de Saúde foi aprovada em 01/11/89 e estabelecida sua composição baseada em representantes comunitários eleitos conforme zoneamento administrativo.

Os registros obtidos junto à secretaria do Conselho Municipal de Saúde demonstram que mesmo antes da sua criação pela via legal, já aconteciam reuniões. Nesse período, de 15/06 a 30/11/89 foram convocadas 11 reuniões, das quais 10 realizaram-se, com periodicidade quinzenal e com um comparecimento médio de 10 pessoas entre representantes comunitários e o secretário municipal, nem sempre presente.

A primeira reunião, em 15/06, apenas deliberou sobre a periodicidade quinzenal e o quórum para deliberações, que ficou estipulado em 50% + 1 dos componentes presentes, ou seja, 8 pessoas, visto que o Conselho era composto por 14 representantes comunitários mais o secretário municipal,

Em 06/07, foi solicitado que as regionais enviassem seus planos para que, através de um consolidado, fosse elaborado o Plano Municipal de Saúde, cujas prioridades e aplicação dos recursos seriam aprovadas na CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde).

Como destaque das necessidades regionais encontra-se a questão do saneamento básico, levantada em algumas reuniões, que culminou com a deliberação, em 31/08, da necessidade de fazer uma reunião entre COHAB, CASAN, DSP e PMF para discutir o assunto.

Em 20/07, foi escolhida uma comissão para visitar o Hospital Universitário e dar apoio para a ativação da Maternidade, Emergência e Clínica Cirúrgica.

Em dois momentos foi colocada a reivindicação de vereadores, sendo que em 06/07 D. J. Machado - PDS, João Itamar da Silveira - PRN, e Adir Gentil - PFL, solicitaram a instalação de um posto de saúde no distrito de Capivari. A solicitação do vereador Ricardo Baratieri - PMDB, foi no sentido da criação do 3º turno de trabalho nos postos de saúde. Posteriormente, em 26/09, sua sugestão é no sentido

de uma comissão do conselho solicitar à Câmara de Vereadores a aprovação do projeto-de-lei que tratava da criação do Conselho Municipal de Saúde.

Dentre os assuntos discutidos, ainda constam: a criação do fiscal comunitário de saúde com apoio de diversas regionais e da CIMS; aplicação de vacina homeopática anti-meningite, discutida com a Associação Médica Homeopática de Santa Catarina; apresentação do novo secretário municipal, Dr. Waldemiro Silveira Filho, em 26/09/89, o qual solicitou tempo para se inteirar das prioridades regionais.

Além da reivindicação referente ao saneamento, outras necessidades foram colocadas pelos representantes das regionais no decorrer do ano, e refletem as fragilidades da rede de serviços de saúde. São elas: cumprimento do horário de trabalho pelos profissionais, ampliação da assistência prestada por dentistas, contratação de um maior número de profissionais médicos, dentistas, enfermeiras e outros; atendimento durante os finais de semana, nos postos de saúde; abastecimento de água; posto médico ambulante; área de lazer para a comunidade, principalmente crianças; reforma de casa para posto de saúde.

A reunião de 01/11/89 discutiu a utilização dos recursos repassados pelo SUDS, definindo 50% para saneamento, 35% para pagamento de gratificação para o quadro de pessoal da secretaria municipal, e 15% para manutenção dos postos de saúde. Além disso, indicou a necessidade de solicitar, junto ao Secretário Estadual da Saúde, o aumento do repasse de recursos para o município.

A última reunião do ano, ocorrida em 30/11/89, avaliou o trabalho do Conselho Municipal de Saúde, questionando o pouco empenho do Secretário Municipal no encaminhamento das deliberações desse conselho, havendo concordância de 6 dos 8 conselheiros presentes. Como reflexo dessa discussão, no dia 05/12 foi entregue um manifesto público ao Sr. Secretário, cujos pontos principais são: falta de informação; não apresentação de documentos solicitados por conselheiros; desrespeito do presidente do CMS por não comparecer na maioria das reuniões, sem justificativa; cancelamento de reuniões sem aviso prévio aos conselheiros; falta de prestação de contas dos recursos do SUDS, entre janeiro e abril/89; qualidade das atas das reuniões.

Contraditoriamente, entra-se no ano de 1990 com a lei de criação do Conselho Municipal de Saúde aprovada, mas na prática o que ocorre é uma desestruturação do seu trabalho.

Os livros de presença registram a realização de 2 reuniões: em 19/06 com 09 pessoas, e em 10/08 com 11 pessoas. Em julho não houve reunião, pois compareceram apenas 4 pessoas. As reuniões de 09/08 e 09/09 também não foram realizadas. Em relação às atas das reuniões do Conselho, apenas uma estava arquivada junto à secretaria, do dia 10/08/90, cuja deliberação refere-se à elaboração do regimento interno para funcionamento do Conselho Municipal de Saúde num prazo de 60 dias, por sugestão do secretário municipal.

Em 1991, de abril a dezembro, há o registro da realização de 8 reuniões, através da assinatura que identifica a presença, em média, de 6 pessoas por reunião. Já em 1992, de janeiro a dezembro, há o registro da realização, ou pelo menos convocação de 5 reuniões, das quais 4 apresentam uma média de comparecimento de 3,5 pessoas por reunião, conforme assinaturas constantes no livro de presenças.

Nestes 2 anos não foram encontrados os registros de atas dessas reuniões, junto à secretaria do conselho, não sendo possível identificar as discussões e deliberações.

Esse período corresponde à gestão municipal Amin/Bulcão Vianna, como já foi citado em capítulo anterior. O depoimento de 2 ex-secretários dessa gestão contribuem para o melhor entendimento do funcionamento do conselho nessa época.

Segundo Sidney Garcia, quando assumiu a secretaria, “já existiam alguns nomes relacionados como participantes do Conselho Municipal de Saúde. Essas pessoas haviam sido indicadas, eu acredito, pelas suas associações de moradores, pelas organizações vamos dizer assim, mais ou menos estabelecidas em cada comunidade, **não havia representação uniforme da ilha, do município como um todo no conselho**. Na minha época, o continente não tinha representante e eu sugeri, eu pedi a minha assessoria jurídica que fizesse uma eleição junto aqueles organismos do município lá no continente, para que também passasse a ter representantes. As pessoas que estavam participando do conselho, também ainda

não haviam amadurecido muito e não sabiam, não tinham bem definidas qual era a função do Conselho Municipal de Saúde, que havia muito pouca experiência na área, pouca literatura, muito pouca normatização das questões, etc e tal. As reuniões do Conselho Municipal de Saúde, normalmente eram reuniões reivindicatórias, era até tipo assim, no meu posto de saúde está faltando esparadrapo, eles nunca tinham assim um esclarecimento maior, não era para questionar a questão do repasse, para onde estavam indo os recursos que aportavam, que não eram muitos, mas sempre tinha aquela quantia simbólica que vinha do estado. Então as pessoas realmente eram pessoas que ainda estavam com o pensamento naquele modelo antigo de representantes comunitários e de intendentess, etc, etc... Mas a gente fez algumas reuniões, se tu não achaste as atas, devem ter perdido, durante o tempo que eu estive, deve ter tido acho que 6 reuniões com os conselheiros, e ainda me lembro que eram 14 participantes” (entrevista à autora, em 07/11/95). O período mencionado inclui de 1990 ao início de 1991.

O secretário que o sucedeu, assumindo em 1991 e permanecendo até o final da gestão, em dezembro de 1992, o Dr. Murilo Capella tem opinião semelhante sobre o funcionamento do conselho: “talvez isso ocorreu apenas no meu tempo, não havia por parte das pessoas que representavam as associações comunitárias a compreensão do seu verdadeiro papel como membro do conselho. Eu entendo que o conselho é um órgão que dá, deve dar, tem que dar uma contribuição muito grande na gestão das coisas da saúde do município, participando não apenas da gestão, mas principalmente discutindo o financiamento e discutindo a destinação dos recursos. O que ocorria no meu tempo é que essas pessoas representativas, elas se limitavam a colocar os problemas de seu bairro, de sua comunidade, como não ter médico no posto, faltou vacina, ontem a moça que dá injeção não foi, e o que a bem da verdade não é papel do representante comunitário assumir. Eu acho que ele pode assumir isso numa audiência privada com o secretário. Mas como membro do conselho, nós tínhamos que falar sobre orçamento, sobre aprovação das contas do SUS, sobre os repasses que a prefeitura fez ou não fez, se deixou de fazer, que vai reivindicar junto ao prefeito” (entrevista à autora, em 10/04/96).

Segundo Jacobi, diversos aspectos podem determinar o processo de emergência de ações coletivas: “a sua base social, os “agentes externos”,

assessores ou “articuladores sociais”, os valores de referência, a noção de carência e necessidade e a concepção de transformação social” (1993: 148).

Os movimentos por saúde podem se utilizar de ações sociais que variam desde abaixo-assinados até formas mais organizadas, como é o caso dos conselhos de saúde.

Mas a existência de condições de carência não significa necessariamente que haverá o surgimento de mobilizações. Ainda segundo o autor, a noção de carências é “muito mais uma construção determinada por sujeitos do que por uma lógica situada no plano macro-estrutural” (1993: 148).

Apesar dos movimentos aglutinarem atores em função de sua condição, a sua identificação pela sua situação de carência não se reflete na mobilização, visto que ela acontece de forma diferenciada em bairros com os mesmos problemas. Pode-se deduzir que as explicações macro-estruturais não constam da questão, mas sim a noção de cidadania dos moradores. O processo de formação de identidade coletiva não acontece em função de sua classe social, mas como reflexo da dimensão do cotidiano do local de moradia.

O trabalho de Heimann et alii só vem reforçar a essa constatação a partir de um dado significativo: identificando como característica dos movimentos sociais, a natureza de suas reivindicações baseadas em “equipamentos de saúde - centros de saúde, pronto-socorros e hospitais ” e também em “consumo de serviços - consultas médicas e medicamentos” (1992:111). Essa perspectiva recebe influências da propaganda maciça da iniciativa privada veiculada pelos meios de comunicação, idealizando um modelo do setor saúde constituído sob a lógica dos grupos de medicina privada.

Além disso, apesar das entidades populares sistematizarem suas ações em discussões e documentos, não têm se constituído enquanto forças capazes de influenciar decisivamente na implementação de políticas de saúde.

Por outro lado, o Estado com necessidade de recuperar sua legitimidade, passa a reconhecer com maior ou menor receptividade aos interlocutores dos movimentos sociais, desde que sua flexibilidade às demandas não resultem em mudanças significativas da concepção dominante.

A contribuição desses autores permite um melhor entendimento do processo de implantação do Conselho Municipal de Saúde no município de Florianópolis.

Na descrição dos fatos com base no que se tem de registros oficiais, observa-se que mesmo antes da criação legal, representantes de diversas regiões do município participavam do conselho. Essa representação não era homogênea, visto que das 14 regiões administrativas, apenas uma parcela participava regularmente. Apesar das reivindicações levadas pelos representantes, muitas delas encaixaram-se no que Heimann chama de consumo de serviços, além de contribuir para identificar as debilidades da rede pois são necessidades sentidas pela população, observa-se que já existia a preocupação para que o Conselho assumisse outras de suas funções, como elaborar o plano municipal de saúde, definir e fiscalizar as aplicações dos recursos do SUDS.

Em contrapartida, a ação do poder executivo municipal não demonstra esforços no sentido de efetivamente implantar e estimular a participação para o pleno funcionamento do conselho como um modelo concepção de democratização da sociedade, e não apenas como uma exigência legal para ver garantido o repasse de recursos. No período de 1989/92 passaram pela Secretaria Municipal de Saúde, nada menos do que 04 secretários.

Vale retomar o entendimento de que, como aspectos importantes para promover a mudança organizacional do setor, saúde incluem-se fatores como o compromisso dos dirigentes, seu envolvimento no processo e a vontade política de mudar.

Segundo Luz, a discussão de participação popular nos serviços de saúde desencadeada a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, tenta romper com a concepção de “participação comunitária” que tinha como objetivo a adesão da população-alvo aos programas a ela destinado, geralmente elaborados por representantes da tecnoburocracia, prática herdada do discurso populista. A reivindicação de participação popular assumida a partir dos últimos anos da década de 80, propõe medidas a partir do Estado com a finalidade de garantir a “democratização das decisões nos níveis do planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços de saúde” (1994: 142). Os conselhos de saúde então, deveriam funcionar como base da pirâmide institucional que organizaria a política de

saúde, e à qual todos os segmentos deveriam ser submetidos. Esse projeto confrontou-se com obstáculos que iam desde interesses políticos divergentes e antagônicos até a prática política de concentração e centralização do poder institucional.

No final de 1992, Florianópolis vive o processo político de eleições municipais, conduzindo à prefeitura Sérgio Grando e Afrânio Boppré, candidatos pela Frente Popular, que derrotaram o candidato da situação, Francisco de Assis.

Concomitantemente, na Câmara de Vereadores é aprovada a nova lei que altera a composição do Conselho, tornando-o paritário, a qual inclusive já foi assinada pelo novo prefeito.

Segundo Magajewski, até abril de 1993, foi um período de “negociação, publicação de editais, encaminhamentos da documentação para associação de moradores, sindicatos, representantes que tinham afinidades com a saúde, para que eles pudessem então participar. Foi feita uma primeira reunião na Universidade na qual eu fui convidado a fazer palestra sobre conselhos (nessa época ainda não era secretário), só que foi avaliado, quem era coordenador nessa época, se não me falha a memória, foi o Pedrão. O pessoal avaliou que o número de entidades que tinha comparecido não foi suficiente, então foi marcada uma nova reunião, para daí então, as próprias entidades escolhessem as suas representações para formar o conselho. Por isso que ele só começou a funcionar em junho” (entrevista à autora, em 18/12/95).

Os conselheiros, representantes de diversos segmentos da sociedade, foram eleitos em assembléia pública realizada em 11/04/93.

O decreto 263/93, que nomeia os membros do CMS, coloca a seguinte composição, num total de 22 membros titulares.

- 1 - Representação de Entidades Populares: 7 titulares e 7 suplentes;
- 2 - Sindicato de Trabalhadores: 4 titulares e 4 suplentes;
- 3 - Portadores de Patologias Crônicas: 1 titular e 1 suplente;
- 4 - Profissionais de Saúde: 3 titulares e 3 suplentes;
- 5 - Associação de Laboratórios de Santa Catarina: 1 titular e 1 suplente;

6 - Associação de Hospitais de Santa Catarina: 1 titular, 1 suplente;

7 - Governo do Estado de Santa Catarina: 2 titulares, 2 suplentes;

8 - Governo do Município de Florianópolis: 3 titulares, 3 suplentes.

Em 31/05/93, houve reunião informal para discutir a implantação efetiva do referido conselho. O decreto municipal que nomeava os conselheiros ainda não havia sido assinado (foi publicado no Diário Oficial do Estado de Santa Catarina em 09/06/93), e como ponto de pauta foram discutidos: a organização do CMS (regimento interno, local da secretaria executiva e reuniões mensais) e plano de trabalho com prioridades (Plano Municipal de Saúde e Orçamento/94). Houve entendimento de que as reuniões com presença de 50% + 1 de conselheiros, seriam deliberativas.

No período de 14/06/93, quando foi formalmente instalado o conselho, até o final de 1994, foram realizadas 24 reuniões, sendo que apenas uma não teve quórum para deliberação. A média de comparecimentos foi de 19 pessoas por reunião, sem considerar algumas reuniões descentralizadas, que chegaram a contar com até 68 presentes.

Na 1ª reunião, além da aprovação do regimento interno por unanimidade, foram escolhidos os secretários, sendo que a secretaria executiva ficou como responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social. Como temas prioritários para discussão e aprovação constaram o Plano Municipal de Saúde e prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde.

Pode-se observar que nesta nova fase, o Conselho Municipal de Saúde surge seguindo as orientações discutidas nacionalmente sobre o seu papel de formulação e fiscalização das políticas de saúde.

A discussão do Plano Municipal de Saúde ocupou 3 reuniões (28/06, 12 e 19/07), e foi aprovado com ressalvas no sentido de regularizar o quadro de pessoal (quadro paralelo irregular), recursos para financiamento e diretrizes para a Conferência Municipal de Saúde.

Segundo Baratieri, secretário municipal à época e responsável pela convocação do conselho, “a iniciativa foi, desde o início, buscar transformar a administração, dar um caráter transparente, participativo. Então, nós procuramos

instalar o Conselho, dar a ele um caráter de deliberação, mas a participação efetiva, ela é muito dificultosa, porque na verdade as pessoas que compõem o conselho são trabalhadores que usam ainda o espaço noturno para trabalhar em atividades do conselho, e tudo isso acho que dificultou o funcionamento do conselho, de certa forma, durante um período” (entrevista à autora, em 24/10/95).

Apesar das dificuldades no seu processo de implantação, o conselho discutiu e deliberou temas importantes.

O representante da Associação de Laboratórios propôs a terceirização dos serviços de exames complementares, alegando economia de custos e investimentos. A idéia foi rebatida com a justificativa da otimização de recursos existentes com postos de coleta e produção em 01 ou 02 laboratórios. É a iniciativa privada defendendo privilégios.

Os representantes dos trabalhadores responsabilizaram a administração anterior pelo atraso na implantação do conselho.

Há necessidade da população participar do controle da rede, segundo o Secretário Municipal de Saúde, mas segundo representante de entidades populares, cabe à administração pública adotar atividades concretas.

Foi também aprovado uma moção de repúdio ao Ministro da Previdência pelo não repasse dos recursos do SUS. O Fórum Popular de Saúde elaborou cartilha orientando a participação nos conselhos.

O CMS, dentre os assuntos gerais, discutiu: programa de suporte nutricional, saúde do trabalhador, Conselho Estadual de Saúde, modelo assistencial e indicou representantes para reuniões do Orçamento Participativo.

Diante da necessidade de maior integração com os Centros de Saúde, acordaram-se: convite aos respectivos coordenadores para participarem das reuniões, e vice-versa. Para apoiar decisões do Conselho, devem ser apresentados dados epidemiológicos do município.

O Conselho também promoveu numa de suas reuniões, palestra sobre a situação da AIDS no país, com um assessor do Ministério da Saúde.

Foi encaminhada moção ao Governo do Estado manifestando preocupação em relação à greve no setor estadual, e da necessidade de solução do conflito, respeitando as justas reivindicações dos empregados.

Em relação ao Orçamento Participativo para 1994, buscou-se compatibilizar com as propostas de investimentos do Plano Municipal de Saúde, cujos recursos basicamente destinam-se a plantas físicas. Para o orçamento de 94, a quase totalidade dos recursos são provenientes do SUS. O FMS deve ser colocado em funcionamento ainda em 93. Em relação à prestação de contas, foi informado que a organização dos balancetes não era adequada para a análise, pois não permitia avaliar a discriminação de diversos itens de material de consumo, sendo que o setor de finanças estava providenciando a confecção de balancetes com as referidas discriminações. Isto demonstra a dificuldade de controle das finanças por parte do Conselho.

Como não houve concordância entre a relação de investimentos definido pelo Conselho do Orçamento Participativo e o Plano Municipal de Saúde (aprovado no CMS), considerando-se a legitimidade dos 2 conselhos, houve necessidade de se buscar o consenso, discutindo-se caso a caso com as comunidades envolvidas, reafirmando as diretrizes de investimentos em plantas físicas com base na racionalização de investimentos, para a construção de um modelo regionalizado e hierarquizado e priorizando as construções de unidades que ocupavam prédios escolares.

A última reunião de 93, fez uma avaliação iniciando com relatório das professoras Vera e Ivete da UFSC, sobre o processo de organização do conselho, cujos principais pontos são:

- “- há mudanças no processo de participação social, com marcado aumento desta;
- há lentamente predomínio dos agentes fortes, com mais poder social e político;
- necessidade de buscar formas que todos os setores possam expressar-se e fazer valer a sua posição;
- falta nos conselheiros (alguns) compreensão sobre o papel do CMS. Isto é necessário para que a representação não seja só legal;
- o processo de escolha foi livre” (Ata CMS - 20/12/93).

As intervenções de alguns conselheiros sobre o tema, ressaltam as dificuldades encontradas:

- “o objetivo do CMS não é o cumprimento da exigência legal” (Ângela)
- “diz sentir-se “perdida” (Lenilza)
- “deve-se incorporar na sociedade o entendimento de que o processo decisório coletivo/democrático é o melhor” (Flávio)
- “a atividade do CMS é necessária, gosta de participar... mas sente-se pequenina no conselho” (Claudete)
- “necessidade de ultrapassar as limitações técnicas entende que se avança na estruturação e atuação do conselho” (Vicente)
- “não é necessário que os representantes populares conheçam a linguagem técnica. Cobrar a tradução em linguagem comum” (Guilherme)

Como proposta final, foi aprovada a realização de um Seminário de Planejamento para atuação do Conselho no ano seguinte.

Em 1994, realizaram-se 14 reuniões, sendo que a partir de agosto algumas foram descentralizadas, na perspectiva de melhor conhecer a realidade das diferentes regiões do município e suscitar debates sobre a questão de saúde, com participação das associações de moradores e coordenadores dos centros de saúde locais. Estas reuniões aconteceram na comunidade de Carianos, com representantes da região sul, num total de 28 pessoas; no Centro de Saúde do Monte Verde, com representantes da região norte, participando da reunião 68 pessoas; na comunidade do Estreito, com representantes do C.S. e associações do continente, com 42 presentes.

O Secretário Municipal informou a realização do Encontro de Secretários Municipais de Saúde e membros de CMS da região sul, ocorrido em janeiro na cidade de Blumenau. As propostas aprovadas no referido encontro estão contidas na carta de Blumenau, a qual foi entregue a entidades da sociedade civil e políticos, com o objetivo de sensibilizar a sociedade para a luta pela saúde, defesa do SUS e em especial o aumento do aporte de recursos financeiros do Ministério da Saúde para 1994, devido aos cortes orçamentários propostos pelo então Ministro Fernando

Henrique Cardoso. Posicionou-se também contra o Plano Real e a Revisão Constitucional.

O posicionamento da Câmara de Vereadores frente ao projeto de lei para ampliação de vagas e criação de cargos de coordenação dos centros de saúde, fez com que o conselho deliberasse sobre a necessidade de pressioná-la para aprovar os projetos de interesse da saúde. A avaliação tem por base a composição conservadora do Legislativo, que com uma correlação de forças desfavorável tentará inviabilizar o SUS.

Nos dias 20 e 21/04/94, o CMS realizou um Seminário de Planejamento das suas atividades, identificando os problemas principais e estratégias para superá-los. Dentre estes problemas levantados, o primeiro ponto refere-se à “Política de Recursos Humanos Inadequada”, sendo que a intervenção de alguns conselheiros reforça a idéia:

- “levantamento junto aos profissionais das necessidades quanto a sua capacitação”;
- “o município deve abrir campo para que o servidor possa enquadrar-se numa perspectiva permanente e não de bico”;
- “necessidade de um P.C.C.S.”;
- “P.C.C.S. para o SUS, ultrapassando as esferas do governo”, (ATA CMS - 09/5/94).

Os outros problemas apontados no seminário são: ausência de planejamento estratégico nos níveis locais e central da Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social, falta de recursos financeiros, falta de participação popular no processo decisório.

A discussão sobre o plano de aplicação financeira do SUS, suscitou o questionamento por parte de diversos conselheiros. Por exemplo, o material de consumo utilizado pela enfermagem, apesar de ter um custo mais baixo que o material odontológico, representa um custo final maior devido ao número de procedimentos realizados. Os valores destinados a treinamento de pessoal, apesar de ser considerado pouco, é avaliado como uma boa iniciativa. O secretário informa em 30/05 que a arrecadação via SIA/SUS dobrou (40.000 para 80.000 dólares/mês) devido a serviços executados e até então não faturados. Este fato demonstra que,

associado à falta de recursos para a saúde, havia também incompetência administrativa.

Como representante do CMS junto ao Conselho Diretor do Hospital Universitário, foi escolhido o representante da UFECO.

A greve dos servidores públicos municipais (incluindo os da saúde) ocorrido em junho/94 desencadeou o debate sobre o tema, com várias polêmicas relativas ao corte de ponto e a necessidade de reposição dos dias parados assumido por parte da administração popular; a justiça das reivindicações e o prejuízo à população; a atuação do Conselho no sentido de evitar greves e posicionar-se sobre políticas de saúde e não sobre posições político-administrativas do governo. A evidência da polêmica sobre o tema revelou-se na votação sobre a questão se o CMS deveria se manifestar sobre a greve. A proposta favorável venceu por 7 votos, sendo 4 votos contra e 3 abstenções.

O CMS manifestou-se de forma unânime contra a privatização dos hospitais públicos, enviando ofício a respeito ao Conselho Estadual de Saúde e Assembléia Legislativa.

Conforme é de sua competência, aprovou a realização da Conferência Municipal de Saúde, a qual foi marcada para abril de 1995.

Exercendo seu papel de pressão, orientou as entidades à necessidade de mobilização junto à Câmara de Vereadores, no sentido de aprovar o projeto que amplia o número de vagas a Secretaria. Há dificuldades em sensibilizar o relator que propõe redução global de 50% do número de servidores necessários.

O representante do CMS junto ao Conselho do Orçamento Participativo solicitou apoio dos demais membros, pois se sente “desprovido de instrumentos que o auxiliem na condução do pensamento e posturas do CMS junto ao OP” (Ata CMS - 29/08/95). Manifestou-se também a necessidade em se garantir junto ao OP uma discussão ampliada do conceito “saúde”.

A participação em instâncias democráticas de controle das administrações e políticas públicas, revela em vários momentos o despreparo dos delegados e representantes eleitos. O orçamento participativo representa uma nova forma de governar, e é muito recente na prática política de administrações públicas

democrático-populares. Os conselhos de saúde apresentam uma história um pouco mais antiga, mas em Florianópolis a sua atuação mais efetiva ocorre somente a partir de 1993. Enfim, a participação é que vai fazer com que se ampliem e se consolidem os mecanismos da gestão democrática e controle social. Neste aspecto, é de fundamental importância a atuação do Fórum Popular de Saúde, no sentido de discutir e qualificar a intervenção dos representantes populares.

A capacitação de recursos humanos é tema recorrente em várias reuniões do Conselho, citando-se o descompromisso de funcionários da rede básica de serviços como possível caso de “omissão de socorro”. Formou-se um grupo de trabalho específico para debater este tema.

Há solicitação de maior empenho por parte da gerência dos serviços, no sentido não só da capacitação, mas também no que se refere à postura dos profissionais da rede básica nas questões relativas ao horário de atendimento e relação servidor-usuário.

Dentre os diversos temas gerais de saúde discutidos, a situação da assistência na área da saúde mental, também foi tema de reunião.

Em relação à destinação de recursos provenientes do Ministério da Saúde, foi aprovado que o mesmo não seja utilizado para cobrir gastos com material de escritório e impressos, sendo que o Secretário deve viabilizar recursos do município para este fim. Parece um pequeno detalhe, mas esta deliberação representa na prática o papel fundamental que tem o CMS no sentido de indicar as prioridades e como são aplicados os recursos do SUS.

A convivência democrática com a diversidade do município representada pelos seus conselheiros pode ser evidenciada em vários depoimentos que contribuem para conformar a política assistencial que deve ser adotada. Um dos conselheiros pede a palavra numa reunião para “ênfatisar a importância da integração da equipe de saúde com a comunidade, devendo a Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social divulgar informações sobre saúde e sobre os serviços oferecidos buscando assim fomentar a integração” (Ata CMS - 31/10/94).

O representante do CMS junto ao Conselho Estadual de Saúde relatou as discussões havidas naquele fórum. No que se refere à elaboração do orçamento

para 1995, o mesmo contempla 6,75% para a saúde sem destinar recursos à saúde do trabalhador e com aumento de recursos para o setor privado.

O representante da Associação dos Laboratórios chegou a propor que o ICMS devido pelos laboratórios fosse pago através do fornecimento de medicamentos. Um dos conselheiros manifestou-se sobre essa proposta, afirmando que ela pode ser lesiva, além de incorreta, pois vincula o ICMS à venda de medicamentos sem concorrência (Ata do CMS - 31/10/94).

Dentre os informes por parte da administração, relata a realização de um Seminário sobre Segurança e Humanização do Trânsito e treinamento introdutório para os funcionários da Secretaria.

A ocorrência de casos de meningite na Região do Saco Grande apontou a necessidade de orientações e informações às comunidades sobre o tema.

Na última reunião de 94, o CMS tomou ciência do relatório de atividades elaborado pela Secretaria da Saúde, bem como dos resultados das oficinas de trabalho sobre territorialização, parte do processo de descentralização realizadas no Morro da Caixa, Capoeiras, Monte Cristo, Sapé e Saco Grande II. Estas iniciativas foram elogiadas por vários conselheiros.

As reuniões descentralizadas que ocorreram em 4 regiões da cidade, reunindo além dos conselheiros, coordenadores dos Centros de Saúde e representantes das comunidades, serviram para esclarecer sobre o papel do CMS e identificar problemas localizados.

A reunião da região sul identificou os seguintes problemas:

- necessidade de conservação das estruturas físicas;
- material de consumo e medicamentos deficientes face à crescente demanda;
- pessoal insuficiente, ressaltando a oferta de atendimento médico e odontológico.

Como encaminhamentos dos problemas identificados, as propostas vão em dois sentidos:

- papel da comunidade: pressionar Câmara de Vereadores para aprovar o projeto-de-lei que cria novos cargos na saúde, e organizar conselhos locais;

- papel do executivo: posicionar-se de forma clara e firme para solucionar os problemas.

A reunião da região norte identificou os seguintes pontos:

- recursos insuficientes do CSII da Cachoeira de Bom Jesus para atender demanda após fechamento do CS de Ponta das Canas, obrigando as pessoas a se deslocarem em busca de atendimento;
- críticas à divisão geográfica proposta pela Secretaria da Saúde;
- falta de informações sobre os serviços públicos e a questão de saúde dificultando conjugação de esforços para solucionar problemas;
- relações entre a administração e as comunidades são insuficientes;
- necessidade de providências sobre as ligações clandestinas de esgoto;
- necessidade de mudanças na postura do servidor: ser mais humano;
- questionamento sobre a implantação de 3º turno de atendimento;
- maior apoio e integração da UFSC;
- recursos insuficientes (humanos e materiais), mas também com elogios ao trabalho das unidades de saúde.

A reunião do continente também identifica alguns problemas comuns a outras regiões e levanta outras questões:

- necessidade de conservação das estruturas físicas;
- maior investimento sem saneamento;
- funcionários mal-educados e agressivos e não cumprimento da carga horária pelos médicos;
- necessidade de atendimento médico no 3º turno, devido ao horário de trabalho dos moradores;
- reivindicação de distribuição de medicamentos para os diabéticos.

Como encaminhamentos na busca da solução dos problemas, uma das condições é a participação e integração da comunidade na vida das unidades, com sugestão de reuniões periódicas entre as entidades e as unidades. No que cabe à

secretaria, esta deverá enviar às entidades o horário de funcionamento, quadro de pessoal e suas obrigações para que possa haver fiscalização na qualidade do trabalho prestado.

A reunião da região peri-urbana e leste, detecta também como pontos críticos:

- a preservação da área física;
- falta de medicamentos para distribuição, atendimento médico e odontológico deficitário para atender a demanda, bem como não cumprimento da carga horária;
- falta de integração entre a unidade de saúde e a comunidade;
- necessidade de divulgação dos serviços;
- reclamação de esgoto a céu aberto no bairro do Itacorubi.

O depoimento de um morador do Morro da Penitenciária vale a pena ser ressaltado devido ao seu entendimento do conceito saúde: "... é importante conhecer a realidade. Depois da implantação do esgoto dificilmente há crianças internadas, antes sempre tinha... Alimentação é básica para a saúde... o correto destino do lixo é necessário para se ter saúde" (Ata CMS - 22/11/94).

Percebe-se nesse processo, que apesar das dificuldades encontradas no primeiro ano da sua implantação, em 1993, inclusive com dificuldades por parte dos conselheiros em identificar o seu papel, houve uma mudança qualitativa significativa percebida na abrangência dos temas debatidos no conselho.

Essa constatação pode ser evidenciada no depoimento de Magajewski: "E como um conselho novo tem muita atividade burocrática para poder se implantar e ter um funcionamento adequado, eu acho que o Conselho se perdeu em questões de organização interna, regimentos internos, detalhes assim que demandavam longos período de discussão. Isso foi desgastando o Conselho como espaço de discussão da política municipal de saúde, quando houve a necessidade de discutir essa questão do plano municipal de saúde, se apresentou um documento de quase 500 páginas, isso criou um mal estar...Então isso deu a sensação de que o Conselho tinha perdido um pouco dessa qualidade de um espaço por onde passam as decisões importantes da Secretaria Municipal de Saúde, eu avaliei isso no final do ano, uma avaliação que foi generalizada nesse sentido...isso fez com que a gente

fizesse uma proposta que foi aprovada, de fazer um planejamento estratégico do Conselho, que ficou marcada para março, mas como o Baratieri estava se descompatibilizando, ele pediu até a assessoria do Fórum Popular de Saúde, e casualmente quando fui escolhido secretário, no dia seguinte ou dois dias depois, estava organizado o planejamento, o que me favoreceu bastante. E o interessante é que quando aconteceu esse planejamento, a própria participação teve uma mudança qualitativa grande. O Conselho ficou meses com participação de mais de 80% de seus membros, porque a gente começou a criar de fato, um plano municipal de saúde que era possível você avaliar se estava sendo executado ou não. Depois dessa reunião, então eu vejo um processo de amadurecimento do Conselho, uma participação muito mais efetiva, um avanço inclusive instrumental porque a gente começou de fato a apresentar prestações de contas trimestrais, essas prestações de contas eram feitas ao mesmo tempo que se apresentava um plano de aplicação para o trimestre seguinte. Então, a direcionalidade da política, está toda ela vinculada a uma negociação política que se dá dentro do Conselho Municipal, que eu acho fundamental, tem representação de prestadores de serviços privados, tem ampla representação popular, de associação de moradores, entidades de portadores de patologias, entidades religiosas, entidades sindicais, trabalhadores de saúde e governo, que fazem com que o Conselho, de fato hoje seja um espaço privilegiado, assim de execução e decisão com relação às questões de saúde aqui no município.” (entrevista à autora, em 18/12/95).

O ex-secretário Murilo Capella também fez sua avaliação sobre essa questão: “Nesse sistema de municipalização da saúde, o Conselho Municipal de Saúde joga um papel preponderante, tanto é que depois, com a mudança da lei, que obrigou uma participação paritária, como eu disse no início, 50% da comunidade e 50% dos prestadores de serviço (aí divididos em governo federal, estadual, municipal, órgão de classe, associações de classe, laboratórios de análises clínicas, associações de hospitais, etc.). Isso veio, no meu ponto de vista, em que pese eu não ter participado de nenhuma reunião desse novo Conselho, porque ele foi formado a partir do momento que eu larguei a prefeitura, acho que é um Conselho que funciona muito mais do que aquele que havia na época, pela participação de pessoas da comunidade.” (entrevista à autora, em 10/04/96).

A respeito da dinâmica deste processo, cabem algumas considerações finais:

1^o) A partir da constatação de que a doença leva à perspectiva de transformá-la em saúde, torna-se importante a atuação do indivíduo com a finalidade de viabilizar demandas sociais através da intervenção na ordem política.

2^o) Nesse sentido, os movimentos sociais surgem de conflitos gerados pela contradição urbana, num momento inicial localizado nos bairros pobres das grandes cidades. De acordo com Gerschmann (1991), o movimento popular em saúde divide-se em 3 fases:

- 1^a fase - reivindicativa: forma de organização primária em torno de reivindicações pontuais (postos de saúde, água, transporte, etc) ao Estado;

- 2^a fase - politização: associada a situações críticas do quadro sanitário, organizam-se as federações, as quais propõem intervenção nas soluções do Estado e exigem implementação de políticas alternativas às políticas institucionais;

- 3^a fase - institucionalização: acesso às formas orgânicas de política (ex: Plenária Nacional de Saúde). Em termos gerais, a partir do exposto sobre o CMS, compreende-se que a dinâmica do processo pode ser interpretada conforme este esquema.

3^o) Considero importante a observação de Gerschmann sobre a necessidade do movimento social construir uma identidade política, baseada na sua prática social em relação com diversas forças políticas. Há um avanço nessa conformação de identidade quando o movimento identifica como alvo, também, as políticas de saúde.

O movimento popular em saúde encontra-se numa fase intermediária, pois a medida que já avançou na construção de sua identidade, ainda não expressa uma categoria social com articulação e expressão política própria.

Para que se obtenha êxito nas respostas às demandas sociais, é necessário que os grupos sociais formulem políticas associando essas demandas às estratégias globais de luta.

Não se pode, portanto, construir ilhas dentro da sociedade, como se fosse possível desvincular pequenos espaços de prática social do projeto estratégico para a sociedade. A conquista efetiva da cidadania passa por mudanças estruturais na sociedade e nas relações de poder, onde os movimentos sociais representam papel ativo e devem se constituir em atores sociais.

4^o) Cabe ressaltar a idéia de Jacobi, ao colocar as condições necessárias para viabilizar a participação popular no poder local: “a existência de organizações populares com certa presença no nível local e a ocupação de cargos políticos no município por parte de indivíduos favoráveis à mesma (1990: 130).

Nesse sentido, pode-se observar como foi o posicionamento de duas gestões com concepções antagônicas (União por Florianópolis e Frente Popular) e como conseqüência a sua ação concreta para estimular e viabilizar a implantação de uma instância democrática de controle do Estado, como é o caso do Conselho Municipal de Saúde.

5^o) Como obstáculo a essa implantação, situam-se setores não organizados da população, os quais podem ser manipulados pelo clientelismo e populismo, além dos valores de passividade e acomodação veiculados pelos grandes meios de comunicação.

Tendo em vista esta situação, Teixeira (1993) coloca como desafio às entidades que participam dessas ações a necessidade de criar alternativas de comunicação que possibilite uma cultura de participação que promova mudanças no comportamento político dos cidadãos com vista à democratização do poder local como passo importante para democratização da sociedade.

Conforme Borja, apud Jacobi (1992), a participação é um encontro que tem de um lado instituições representativas, partidos e administração. Do outro lado, encontram-se movimentos e organizações sociais.

Para garantir a participação, enquanto instrumento de democratização, é necessário que o Estado adote medidas que possibilitem a incorporação dos cidadãos. Um dos grandes desafios é o acesso do cidadão à informação, como salienta Jacobi, “a questão não é só informar os cidadãos, mas explicitar e tornar transparente e abertos os canais de participação. A informação aos cidadãos não é só necessária desde o início do processo administrativo, mas deve comportar a possibilidade de comunicação, diálogo e interpretação como parte de um movimento permanente de interação entre Estado e cidadãos usuários dos serviços públicos. A participação assume, assim, caráter dialógico onde ambos os pólos dialogam e cooperam na gestão, criando a possibilidade de desenvolver práticas inovadoras que representem avanços reais na gestão da coisa pública” (1992: 35).

As contribuições teóricas devem então servir para instrumentalizar os movimentos sociais (popular e sindical), assim como os profissionais de saúde, para promover um salto de qualidade na intervenção desses na sociedade, caminhando na construção de um país mais democrático, justo e igualitário, e que respeite os cidadãos.

Seguindo a análise do processo de municipalização da saúde no município, o próximo capítulo vai abordar a implantação do Fundo Municipal de Saúde, apresentar a UNIMED-Florianópolis como um exemplo de modelo de cooperativa médica, integrante do subsistema de atenção médica supletiva, além de relatar brevemente três experiências de municipalização, nas cidades de Ipatinga (MG), Guarapuava (Pr) e Niterói (RJ).

VII - O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO: ANÁLISE DA GESTÃO LOCAL

A partir do entendimento de que a municipalização representa a estratégia política para a reorganização dos serviços de saúde, é que se coloca nesse capítulo a análise da gestão local, sob a ótica da possibilidade desse processo estabelecer novas relações entre Estado e Sociedade.

Em nível de administração pública, a concepção de um modelo descentralizado descrito por Felicíssimo (1994) tem por base a premissa de que, a proximidade entre o local do problema e seus instrumentos de resolução permitem ao administrador maior sensibilidade para enfrentá-lo, maior eficiência operacional relacionada aos custos e uso de materiais locais, maior controle dos serviços pelos usuários. Nesse sentido, a descentralização viria a promover a transferência de recursos, atribuições e poder em geral, correspondendo a 3 eixos: administrativo, econômico e político.

Esse capítulo analisa o processo de municipalização, tratando, inicialmente, do financiamento e da constituição do Fundo Municipal de Saúde; resgatando a ótica dos secretários municipais de saúde, responsáveis politicamente pela implantação das políticas do setor. A seguir, apresenta-se um exemplo de modelo de cooperativa médica que tem se desenvolvido em Florianópolis, a UNIMED. Tal escolha, justifica-se pelo significado que o subsistema de atenção médica supletiva tem representado na implantação do projeto neoliberal. Por último, o relato de algumas experiências de implantação do SUS em alguns municípios do país, com seus avanços e dificuldades contribuem para contextualizar a realidade brasileira.

A municipalização é entendida como estratégia para a melhoria do estado de saúde da população e fortalecimento de uma gestão descentralizada e participativa. Além de aspectos técnicos, administrativos e financeiros, a sua constituição é, essencialmente, uma questão política.

Conforme coloca Heimann et al, “municipalizar significa fortalecer os poderes locais, ou, poderíamos dizê-lo de outra maneira, significa uma possibilidade exeqüível de democratizar a sociedade brasileira. Não se trata de “prefeiturizar”: a

pretexto de descentralizar, transferir toda a responsabilidade quanto à gestão de equipamentos e serviços federal e estaduais instalados para as prefeituras, sob a égide dos interesses políticos gestados naquelas esferas, perpetuando-se a prática da barganha entre poderes e verbas” (1992:39).

Assim, o processo de construção da cidadania tem sua viabilidade no âmbito do poder local, pois ao estar mais próximo das necessidades da população, pode contribuir para a garantia constitucional da saúde como um direito do cidadão.

1 - O Fundo Municipal de Saúde:

A Constituição Federal prevê no Capítulo II da Ordem Social, nos seus artigos 194 e 195, que a “seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e à assistência social” e financiado com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de contribuições sociais dos empregadores (incidentes sobre a folha, faturamento e lucro), dos empregados e dos concursos de prognósticos (loterias).

Portanto, o financiamento das ações de saúde, como integrante da seguridade social, é obrigação da União, dos Estados e dos Municípios, com recursos dos orçamentos fiscais dessas diferentes esferas de governo.

Já as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, no tema referente ao financiamento do setor, propunham a constituição de Fundos Únicos de Saúde, a serem geridos conjuntamente com participação de órgãos públicos e da sociedade organizada.

A Lei Orgânica da Saúde (n.º 8080/90), em seu artigo 35, define o mecanismo de transferência de recursos, sendo 50% com base no critério populacional e 50% a partir de uma combinação de diferentes critérios: perfil demográfico e epidemiológico, característica da rede de serviços, contrapartida de recursos, dentre outros. A transferência com base nestes critérios, mostrou-se extremamente complexa por diferentes razões.

Em dezembro de 1990, a Lei n.º 8142 definiu que até a regulamentação do artigo 35 da Lei n.º 8080, a totalidade dos recursos a serem transferidos seriam repassados exclusivamente com base no critério populacional. No seu artigo 4º, a referida lei estabelece ainda que para haver o repasse de recursos, é necessário que os municípios, dentre outras coisas, tenham “Fundo de Saúde”.

Conforme estabelece a Lei n.º 4320/64, “constitui fundo especial o produto de receitas especificadas que, por lei, vinculam-se à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação” (1989: 22).

Assim, o Fundo Municipal de Saúde não é órgão de administração financeira, mas uma conta específica financeira que serve como instrumento de gestão de recursos financeiros para a saúde existentes no município.

A necessidade de criação de um fundo remete à questão do financiamento das ações de saúde. Historicamente, observa-se o desperdício pelo mau uso dos recursos para a saúde, a sonegação, corrupção, ineficiência administrativa.

Em Florianópolis, em 10/11/88, foi assinada a Lei Municipal n.º 3081 que cria o Fundo Municipal de Saúde, pelo então prefeito Edison Andrino (PMDB). A referida lei tem como objetivo “desenvolver ou apoiar programas de trabalho e projetos relacionados com a saúde pública, individual e coletiva, e com o meio ambiente” (artigo 2º). Dentre os recursos que compõem o fundo, estão as dotações orçamentárias do município e as contribuições de órgãos da Administração Federal, Estadual, ou Municipal.

Como esse período era final de mandato da gestão Edison Andrino (PMDB) na Prefeitura Municipal, caberia à próxima administração implantá-lo. No entanto, não foi isso o ocorrido.

Passados 4 anos da gestão Amim/Bulcão Vianna, às vésperas de passar o comando da administração municipal para Grandó/Afrânio, em 23 de dezembro de 1992, é assinado o decreto que regulamenta o Fundo Municipal de Saúde. Em seu artigo 2º, inciso I, o referido decreto estabelece a apropriação de 10% do orçamento da Prefeitura Municipal para o Fundo, bem como define que as políticas de aplicação dos seus recursos devem ser estabelecidas em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde (artigo 5º).

O depoimento do ex-secretário Sidney Garcia expõe as dificuldades relativas a essa questão: “Esse era um dos pontos mais difíceis de serem trabalhados, porque o financiamento da saúde que vinha, caía na vala comum da prefeitura, e estando na conta comum da prefeitura poderia ser usado para as mais diversas finalidades, então era uma briga constante pessoal minha no colegiado... era muito mais fácil trabalhar com rubrica própria, como seria no caso de Fundo Municipal de Saúde, e não com a rubrica de um município. O dinheiro da saúde é gerido por um secretário de finanças, um secretário da administração que é uma secretaria meio, não é uma secretaria fim ...então esses financiamentos dificultavam muito a questão da saúde... A lei preconizava que a contrapartida da prefeitura deveria ser no mínimo de 10%, e na época eu tinha inveja de alguns municípios que chegavam a empregar até 25%, 14% era o mínimo naqueles que já tinham um processo mais avançado do SUS. Os vereadores ainda não estavam sensibilizados, e a lei do Fundo Municipal e do Conselho Municipal foi criada a toque de caixa porque havia exigências do Ministério da Saúde, que se não existissem esses órgãos no município, estabelecidos pelo menos em lei, de que o financiamento não se efetuaria mais, repasse nenhum para a Secretaria de Saúde, mesmo para pequenos programas, etc,etc,etc... E então esses órgãos foram criados, mas a contrapartida em nível de município, infelizmente não se efetivava”(entrevista à autora, em 07/11/95).

Outro ex-secretário, Murilo Capella, em seu depoimento, ao explicitar o seu entendimento sobre o que significa municipalizar, coloca 3 critérios: a criação do Conselho Municipal de Saúde; a criação do Fundo Municipal de Saúde; o repasse de 10% do orçamento municipal para a saúde. Em relação à implantação do Fundo, diz: “O Fundo Municipal de Saúde ele existia no papel, perfeitamente no papel, mas não existia na prática. Por quê? Porque significava uma autonomia de gestão muito grande para a Secretaria Municipal de Saúde. Esse tipo de autonomia, nem sempre as prefeituras aceitavam, porque, a partir daquele momento, o Secretário Municipal de Saúde passaria a ter muito mais poderes, inclusive político e de uso de verbas, mais do que os demais secretários da prefeitura (educação , obras, serviços sociais, etc). A gestão desse Fundo significava: 1º) receber repasse de verbas direto do SUS e esse dinheiro o Secretário poderia utilizar em aquisição de material permanente, material de consumo, contratação de pessoal, tudo fora da legislação normal. Então, esse foi um dos fatores que determinaram no Brasil, não apenas em Santa Catarina,

que os Fundos Municipais de Saúde, não engrenassem na sua totalidade como deveria ter engrenado. Aqui em Florianópolis, por solicitação do então vereador, médico, meu colega, e depois secretário municipal, o Dr. Ricardo Baratieri, ele trabalhou junto à Câmara Municipal e de comum acordo com algumas lideranças que ele convocou, uma das quais a minha pessoa, nós deixamos antes de sair para o governo seguinte, montada toda a estrutura do Fundo Municipal.” (entrevista à autora, em 10/04/96).

O que se pode constatar, inclusive, é que o decreto que regulamentou o Fundo, assinado no final da gestão Amin/Bulcão, na realidade já foi uma iniciativa política da Frente Popular, que viria assumir a Prefeitura logo a seguir.

Ricardo Baratieri reafirma essa questão em seu depoimento: “Viabilizamos depois da eleição já estar assegurada pela Frente Popular, com que sensibilizamos o secretário da saúde da época Dr. Murilo Capella a mandar um projeto-de-lei para a Câmara para viabilizar a criação do Fundo Municipal de Saúde, que foi instalado na minha gestão enquanto secretário”. (entrevista à autora, em 24/10/95).

Mas a vontade política não foi suficiente para a implantação do Fundo devido à estrutura burocrática e funcionamento da Prefeitura Municipal, conforme relato não só de Ricardo Baratieri, mas de Flávio Magajewski, secretário que o sucedeu. “Havia e acho que ainda há muita resistência da estrutura administrativa da própria Prefeitura de Florianópolis, com relação a esses processos de descentralização e autonomização de certos setores, e o Fundo representa muito isso. Então, o Baratieri que era uma pessoa muito interessada em fazer esse Fundo funcionar também, quando ele me entregou a secretaria, falou que estava pronto para funcionar mas não conseguia porque havia muita resistência de servidores. Foi muito difícil, as pessoas faziam chantagem, querendo gratificações específicas ou especiais para exercer funções dentro do Fundo, já que na Secretaria de Finanças há uma gratificação específica e como eles estavam fazendo uma função equivalente queriam uma gratificação diferenciada. Por conta dessas discussões, tivemos até que colocar uma funcionária à disposição da Secretaria de Administração porque ela desacatou o Secretário e porque disse que não iria fazer funcionar o Fundo que dependia só dela e tal. Mas o fundo começou a funcionar em maio de 94 e ele representou uma agilização do funcionamento da Secretaria de

uma forma fantástica. É tão impressionante isso, que a gente não conseguia gastar o dinheiro que recebia do SUS e ficamos até meados de 95 gastando menos do que ganhamos. Mas isso demonstra que havia um sub-suprimento da rede por conta dessa dependência que a gente tinha, de outras unidades administrativas e financeiras que estavam fora da secretaria, e obviamente que isso representa sub-serviço para a comunidade. Hoje nós estamos num ponto que a gente utiliza plenamente a capacidade financeira que nós temos com essa agilidade que o Fundo proporciona. Eu acho que é um instrumento fundamental para autonomia, para garantir decisões mais rápidas e para viabilizar o próprio controle social pelo Conselho.” (entrevista à autora, em 18/12/95).

Além dessas dificuldades, havia um subfaturamento por conta da desorganização do sistema, conforme relatado em reunião do Conselho Municipal de Saúde em 30/05.94. Sobre essa questão, Magajewski esclarece: “De fato, como ninguém entendia como funcionava o sistema, não se conseguia faturar adequadamente...e começamos a descobrir que, por exemplo, uma grande parte das atividades não médicas como aplicação de vacina, nebulizações, tudo isso nunca tinham sido faturados no SUS, a odontologia também tinha sub-faturamento, as atividades de assistência social feitas na rede de saúde, também nunca tinham sido cobradas, atividades de vigilância sanitária que nunca eram incorporadas na fatura. Então é um conjunto fantástico de recursos que a gente perdia todo mês, isso aí por si só, já duplicou a fatura e depois outras variáveis que não estão vinculados à Secretaria, também contribuíram para aumentar o faturamento, porque hoje nós temos um faturamento entre 100 e 150 mil reais por mês. O pagamento em duas parcelas que o governo federal começou a fazer durante o ano de 94, começou a diminuir uma parte da defasagem que a inflação fazia em cima do dinheiro, isso aumentou um pouquinho o faturamento... O estado sempre tinha uma capacidade de cortar recursos que iam ser transferidos a municípios, para poder se auto-financiar com esse recurso. Com a implantação plena do SIA-SUS, ele perdeu a capacidade de fazer isso e obviamente fez com que todas as faturas fossem pagas plenamente, isso favoreceu os municípios que tinham maior produção, como é o caso de Florianópolis”(entrevista à autora, em 18/12/95).

Além da questão do sub-faturamento outro fator também contribuía para o desgaste dos recursos aplicados no financiamento da saúde. Num período em que o

país apresentava um alto índice de inflação, esses recursos não eram investidos e não sofriam nenhum tipo de correção, desvalorizando-se e perdendo seu valor real. O depoimento de Ricardo Baratieri confirma essa situação: “Nós quando chegamos lá na secretaria, os recursos que eram repassados tinham um conceito na burocracia, e com o processo de inflação quase 40% ao mês em torno disso, eles ficavam morrendo numa conta, não eram nem aplicados no mercado financeiro. Então eles sofriam desgaste da corrosão da própria moeda, e esses recursos que já eram ínfimos não davam para fazer quase nada. Eles sofriam esse tipo de tratamento, no meu ponto de vista até criminoso, porque é uma displicência, uma negligência administrativa de um caráter criminoso, porque enquanto isso a população buscava serviço e não tinha porque esses recursos não serem aplicados adequadamente, ou seja, pelo menos a possibilidade deles, o poder de compra desses recursos não era regularizado, não era recuperado.” (entrevista à autora, em 24/10/95).

Já o relatório final de pesquisa do CEBRAP, sobre políticas sociais no Brasil, cita o estudo do Banco Mundial sobre os gastos públicos sociais no país, identificando a má administração dos recursos como consequência do excesso de centralização administrativa; de um confuso sistema de transferências financeiras intergovernamentais, além de atrasos e descontinuidades na liberação de verbas; e ausência de incentivos na administração pública para utilização eficiente dos recursos (1993: 8-9).

A crise atual do Estado aliada à pressão política a favor da redução física de sua presença no fornecimento de serviços públicos, tem levado a uma escassez crônica de recursos, no caso específico da saúde.

A associação desses fatores: crise de Estado e escassez de recursos tem levado à discussão do aumento de produtividade e qualidade dos serviços públicos.

O que se observa, conforme relatório do CEBRAP, é que a partir da universalização do atendimento à saúde desencadeada na década de 80, houve uma queda geral na qualidade dos serviços. O fenômeno já descrito anteriormente, é chamado de “universalização excludente” visto que não foi acompanhado de um aumento correspondente de recursos. Nesse sentido, com a queda no padrão de oferta e atendimento nos serviços de saúde, uma parcela da população dos setores

médios e até então usuária da rede pública, volta-se para a iniciativa privada, principalmente para os planos de saúde e medicina de grupo. A consequência significa a permanência de segmentos sociais menos privilegiados como usuários, “e com menor capacidade de organização e vocalização de suas demandas, potencialmente estimados em 110 milhões de pessoas. Mais do que isso, os antigos usuários, hoje clientes do sistema privado, deixam de considerar a melhoria do serviço público como parte de seus interesses mais imediatos, o que dificulta muito a formação de uma opinião pública favorável à melhoria” (1993:18-19).

Diante do desafio de garantir o efetivo cumprimento dos direitos sociais no país, segundo Draibe (1993: 45), cabe ampliar a responsabilidade estatal nessa área, combinando: “a) a enorme escassez de recursos públicos; b) as urgentes e crescentes demandas da população marginalizada e miserável; c) a redução dos custos e efeitos negativos do gigantismo, do burocratismo, das autonomizações indevidas e da ausência de controles sobre a operação dos recursos públicos”.

Assim, a defesa dos direitos sociais coloca a necessidade de refletir sobre os dilemas dos anos 90: estatização x privatização; universalismo x focalização; seguro social x seguridade; patamares mínimos de atenção às necessidades x sistemas complementares; Estado x setor privado lucrativo x setor privado não lucrativo na produção de bens e serviços.

Avançando esse processo, a municipalização da saúde significa o “reconhecimento da responsabilidade política do Município com a saúde dos seus cidadãos”(Ministério da Saúde, 1994: 6). O Fundo Municipal de Saúde assume então um papel importante, ao unificar os recursos das diversas fontes, colocando-o à disposição do poder municipal para sua gestão, assumindo além da formulação das políticas de âmbito local, também seu planejamento, organização, execução, avaliação e controle das ações e serviços de saúde.

A responsabilidade do município em relação ao financiamento dos serviços de saúde, caberia no repasse de 1055 do seu orçamento. Na prática isso não se efetivou conforme é possível visualizar no quadro 1:

QUADRO 1 - PERCENTUAL DA DESPESA REALIZADA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO TOTAL, POR ANO DE EXERCÍCIO.

ANO	%
1989	6,56
1990	6,48
1991	5,25
1992	5,73
1993	6,27
1994	5,87

FONTE: GABINETE DE PLANEJAMENTO - PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 1995

Pode-se observar que nesses 6 anos não houve o comprometimento das administrações municipais no sentido de ampliar os recursos para a saúde, seja na gestão da União por Florianópolis (Amin/Bulcão) ou da Frente Popular (Grando/Afrânio).

Para o melhor entendimento da distribuição dos recursos da Prefeitura Municipal, seus diversos órgãos, vide quadro 2:

**QUADRO 2 - COMPARATIVO ENTRE OS PERCENTUAIS DAS DESPESAS
REALIZADAS POR ÓRGÃO DO GOVERNO MUNICIPAL, NOS ANOS DE 1989 E
1994.**

ÓRGÃO	1989 (%)	1994 (%)
Encargos Gerais do Município	29,19	19,95
Secretaria de Urbanismo e Serviços Públicos	23,07	19,29
Secretaria da Educação	9,66	16,11
Câmara Municipal de Vereadores	8,57	7,17
Secretaria da Administração	7,17	4,21
Secretaria de Transportes e Obras	6,71	9,62
Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social	6,56	5,87
Gabinete do Prefeito	4,54	8,42
Secretaria de Finanças	2,06	3,85
Procuradoria Geral do Município	1,20	1,30
Secretaria Regional do Continente	0,75	2,33
Secretaria de Turismo, Cultura e Esportes	0,31	1,25
Gabinete do Planejamento	0,15	0,60
Gabinete do Vice-Prefeito	0,01	0,01

FONTE: GABINETE DE PLANEJAMENTO - PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 1995.

O que chama a atenção nesses dados é a parcela que cabe à Câmara de Vereadores para manutenção de sua estrutura, que ocupa o 4º lugar na distribuição de recursos, ficando com uma parcela maior que a Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social, que mantém 48 unidades de prestação de serviços à população, além de diversos programas na área social. Não cabe aqui a discussão do mérito desses recursos, o destaque tem a finalidade apenas de suscitar a reflexão sobre o tema, e quem sabe venha a estimular a realização de um trabalho sobre a aplicação desses recursos.

O depoimento de 2 secretários, de cada uma das gestões ilustram a questão e colocam as dificuldades. Conforme Murilo Capella: “O terceiro critério para a Municipalização era que a prefeitura deveria repassar 10% do seu orçamento total para a saúde e a parcela que geralmente é repassada é em redor de 4%, 5%, 6% e 7%. Então o fundo com 10%, mais o repasse do sistema SUS através do Ministério, que significa uma arrecadação mediante de prestação de serviços, o sistema seria perfeito. Se a prefeitura se organiza no sentido de cobrar, o SUS paga,

diferentemente de outras secretarias que não têm renda, a secretaria da saúde tem, porque tudo é pago. O que ocorre é que esse pago, nem sempre o governo federal cumpre com a sua obrigação, atrasa verba, não vem o dinheiro, o Fundo não funciona, conseqüentemente o melhor sistema filosófico do mundo, não funciona. Não é porque ele seja ruim, é que as partes envolvidas não cumprem com a sua obrigação.” (entrevista à autora, em 10/04/96).

Segundo Ricardo Baratieri “em função da estrutura da prefeitura de Florianópolis, que consome um valor significativo do seu orçamento na questão do pessoal e depois sobra muito pouco para dividir entre todas as áreas... Ela poderia investir 10% em saúde, mas eu não sei se ela ia conseguir fazer o posto de saúde funcionar, então, o grande desafio hoje é fazer com que as unidades funcionem. Eu, na visão de administrador público, acho que você também pode estar correndo o risco de malversação do recurso público. Você quando está fazendo, no meu ponto de vista, obras em áreas carentes como é o que tem feito essa administração, está fazendo saúde. Essa administração está fazendo saneamento em dez comunidades carentes, está fazendo obras de pavimentação em várias áreas de comunidade carentes, sem sombra de dúvidas que isso está trazendo mais saúde, mais felicidade para essa população, melhoria no seu serviço urbano, de transporte de coleta do lixo, transporte público. Mas achamos que quando a administração pressiona a CASAN para resolver os problemas de abastecimento da água nas comunidades isoladas do interior da ilha está fazendo saúde, se não é a prefeitura que está investindo, mas está pressionando. A prefeitura pressionou e conseguiu com que a Tapera tivesse seu problema de abastecimento de água resolvido na nossa gestão. E que agora com esse episódio de surto de hepatite na comunidade da Armação do Pântano do Sul, está exigindo que a CASAN faça investimentos lá. Eu acredito nisso, o agente político da Frente Popular tem possibilitado, sem sombra de dúvida, uma melhoria nas condições de saúde significativo e com investimentos, mesmos que baixos, mas com essas outras ações políticas que estão se desenvolvendo na cidade.” (entrevista à autora, em 24/10/95).

Também Flávio Magajewski analisa não só a dificuldade de aplicação dos 10% dos recursos, como também o fato de não haver ações que de fato pressionassem a administração municipal, e também a Câmara de Vereadores, afinal de contas é responsabilidade do poder legislativo a votação do orçamento

municipal: “Com relação ao financiamento, eu acho que a gente tem dificuldades porque a prefeitura historicamente nunca gastou dinheiro com saúde, no máximo que ela fazia era pagar o salário, e isto se reforçou porque o recurso do SUS é um recurso que de certa forma nos dá autonomia de gasto, e diminui a nossa necessidade de ficar pressionando por recursos próprios da Prefeitura, que são recursos que exigem muito mais esperteza, porque são outros 20 secretários, e outras organizações que estão solicitando recursos”. (entrevista à autora, em 18/12/95).

Os orçamentos públicos no Brasil já foram encarados como “ficção”, à medida que em virtude dos altos índices de inflação, havia dificuldades em elaborar estimativa de receita e despesa para o ano seguinte. Conforme Vaz, mesmo a indexação é falha visto que “a receita sofria uma influência extremamente negativa das taxas de inflação e os índices de inflação não se mostravam suficientes para indexar todos os tipos de despesas” (1995:1). Nesse sentido, a Lei Orçamentária Municipal não poderia ser utilizada como um instrumento de planejamento e ação governamental, pois os administradores trabalhavam com suplementação de verbas para complementar o caixa, inclusive muitas vezes sem autorização do Legislativo, que apenas aprovavam suas contas posteriormente. Por isso, que neste trabalho foi utilizado o comparativo dos percentuais das despesas realizadas, e não dos respectivos orçamentos.

Uma proposta de ação para essa questão foi aprovada no Seminário Ampliado de Planejamento do Conselho Municipal de Saúde, realizado em 19/05/95. Consistia numa proposta do Conselho Municipal de Saúde, de investimento de 10%, a ser apresentado ao Conselho do Orçamento Participativo e Câmara de Vereadores, com detalhamento do seu destino e comprovação dos compromissos relativos à saúde. Além disso, continha propostas gerais, como sugerir ao Executivo medidas contra os inadimplentes e devedores; campanha para pagamento do IPTU e ICMS junto à rede de saúde; e apoiar discussão de reforma constitucional e reforma fiscal. Não é objetivo desse trabalho analisar esse período.

Conforme afirma Médici (1991), o desenvolvimento científico tem demonstrado a ordem existente por trás dos caos aparente, visto que as situações de caos podem ser funcionais a algumas formas de reprodução social. Em alguns

casos, “ausência de informação, as resistências comportamentais a mudanças nas formas de funcionamento da sociedade e instituições, boicote social” foram usadas para explicar a inoperância de medidas racionalizadoras.

No Brasil, o Estado enquanto fonte de benefícios e rendimentos para determinados segmentos da sociedade estabelece mecanismos de transferência de recursos que muitas vezes passam longe de estratégias de racionalização. Portanto, iniciativas que busquem romper com esse processo sofrem diversas formas de boicote por parte de quem se beneficia.

À medida em que estados e municípios dependem do clientelismo para o financiamento das ações de saúde e dispõem de canais de influência política, devem continuar a burlar mecanismos que coloquem critérios objetivos para o financiamento das ações de saúde.

Médici sintetiza em três blocos as deficiências para que se estabeleça uma política efetiva de descentralização dos recursos federais, buscando os princípios constitucionais de equidade e justiça social:

- “a) deficiências nos sistema de informação de saúde, especialmente em nível regional e local;
- b) deficiências nos sistemas de formação de recursos humanos para a coleta de informações, programa e planejamento local de necessidade de saúde;
- c) deficiências nos mecanismos de controle social, no sentido de representar as distintas instâncias da comunidade e manter uma posição independente frente a possíveis cooptações governamentais” (1991:26).

Com os dados obtidos, é possível demonstrar que no município de Florianópolis a terceira deficiência vem sendo superada com a organização e o aprimoramento da atuação do Conselho Municipal de Saúde, enquanto mecanismo de controle social.

Porém, há necessidade de superar as fragilidades do sistema de informações com o objetivo de subsidiar o planejamento das ações de saúde, inclusive pela diversidade nas diversas regiões abrangidas pela assistência prestada nos centros de saúde.

A deficiência de informações também é citada como justificativa para a inexistência de planejamento e cálculo de necessidades de saúde, incluindo perfil epidemiológico, condicionantes da oferta de serviços e perfil sócio-econômico da demanda. A colocação por parte dos órgãos locais é que a produção de informações é cara. Segundo Médici, “não se cogita que informatizar, em termos de ‘microinformática’, pode ser um processo tão simples e barato como arquivar em fichas nas épocas passadas. Mas será que equipes que não sabiam o que fazer com os arquivos em papel saberão o que fazer com arquivos magnéticos?” (1991: 26).

Médici também ressalta como problema, “a má utilização, gerenciamento e distribuição do gasto público, acarretando ineficiência, desperdício de recursos e regressividade social na sua aplicação” (1995:69).

Isso pode ser detectado com o subfaturamento na arrecadação do SUS, por conta de muitos procedimentos passíveis de pagamento e que não eram incluídos na fatura, como já foi citado anteriormente. A partir do momento que se organizou, dobrou-se o faturamento.

Coloca-se então a necessidade de mudança de comportamento e de qualificação de recursos humanos, para a coleta, processamento, crítica, armazenamento e uso das informações no seu trabalho cotidiano.

A existência de informações reais de cobertura, necessidade e indicadores de eficiência dos serviços contribuirá para a criação de base de cálculo com vistas a distribuir com justiça os recursos federais para financiamento das ações de saúde.

2 - UNIMED - um modelo de Cooperativa Médica:

O sistema de Cooperativa de Trabalho Médico foi implantado em Florianópolis com base em algumas informações de cooperativas que já funcionavam no Estado de São Paulo.

Foi criada inicialmente com o nome de SANMED, mas teve seu registro alterado após um anúncio do jornal O Estado denunciando a inexistência de um sabão com a mesma marca. Passou então a se chamar MEDSAN e posteriormente UNIMED, integrando-se ao sistema nacional.

A idéia surgiu com a iniciativa de 2 médicos, Murilo Capella e Júlio Cordeiro, à época dirigentes da Associação Catarinense de Medicina - ACM, que lançaram a proposta de cooperativismo. O primeiro contrato assinado foi com o IPADESC (Instituto de Previdência Parlamentar), em 20 de abril de 1972.

Primeiramente ocupou 2 salas no antigo prédio da ACM, no qual trabalhavam 1 gerente, 1 corretor de planos de saúde e 1 datilógrafo. Em 1991, passou a ocupar nova sede, um prédio de 4 andares situado no centro da cidade, e já com quadro de pessoal composto de 75 funcionários distribuídos em três Gerências: Desenvolvimento Cooperativista, Controladoria e Marketing. Em novembro de 1994, foi inaugurada uma sede filial no bairro do Kobrasol, município de São José, com a finalidade de atender a população das demais cidades que compõem a região de sua área de abrangência.

Segundo Edmundo Castilho, presidente da UNIMED do Brasil, “cooperativa de trabalho é uma associação de pessoas, cuja missão é prestar serviços aos cooperados. A imagem mais didaticamente inteligível é de que a cooperativa funciona como “procuradora” dos cooperados.... Os cooperados são donos da cooperativa e, portanto, não tem sentido admitir relação de emprego entre cooperado e cooperativa. O cooperado é um autônomo ou liberal.... O ato cooperativo típico não é relação de emprego, nem ato mercantil ou comercial, pois é um ato-relação “sui generis” e peculiar ao universal modelo societário chamado cooperativa.” (Revista UNIMED; 1994: 4).

Conforme analisa Mendes (1993), as cooperativas médicas constituem uma das modalidades do subsistema de atenção médica supletiva, representadas principalmente pelas UNIMED's.

Essa modalidade, o cooperativismo médico, teve a sua origem na cidade de Santos no ano de 1967, difundindo-se então para o estado de São Paulo, e depois para o Brasil.

Conforme dados apresentados por Mendes, “no período de 1987-89, houve um crescimento de 46% em número de usuários e de 62% em faturamento”, além de representar 23,4% tanto em usuários quanto em faturamento no mercado da atenção médica supletiva (1993: 66).

Além disso, as UNIMED's por acreditar no seu potencial de crescimento e no caráter ético de sua prática, vêm apresentando um processo de modernização que ocorre de forma diversificada através da incorporação tecnológica, racionalização dos custos e diversificação dos planos. Também criou uma seguradora e o seu plano de investimentos prevê a construção de hospitais próprios nas grandes cidades brasileiras.

Percebe-se que as associações da categoria médica tiveram um papel importante na divulgação dessa modalidade. Um artigo intitulado: "UNIMED: passo a passo em busca da saúde brasileira", assinado por Murilo Ronald Capella, conta um pouco dessa história em Florianópolis e no Estado de Santa Catarina.

Com resultado da unificação dos diversos institutos de categorias profissionais na estrutura que se chamou INPS, houve a extensão do atendimento médico-hospitalar de forma não planejada e com caráter político-eleitoral, conforme Capella. Essa unificação também ocorreu em nível de critérios administrativos, mas sem resolver "os problemas dos segurados, dos hospitais e da classe médica". Esse processo, com a posterior criação do INAMPS, a história já mostrou os resultados.

O Dr. Murilo Capella, enquanto presidente da Associação Catarinense de Medicina - ACM, participou de reunião do Conselho Deliberativo da Associação Médica Brasileira - AMB, em abril de 1971, na cidade de Fortaleza, quando tomou conhecimento da existência da UNIMED. Inclusive, foi objeto de deliberação do referido conselho, que os presidentes das associações estaduais visitassem a cidade de Santos, para conhecer o plano de assistência médica com base numa cooperativa de serviços médicos, em vigor desde 1967, "e que vinha prestando uma excelente assistência à população local".

Em maio do mesmo ano, após realizar essa visita, o Dr. Murilo Capella entusiasmado com o sistema, propôs à diretoria da ACM e foi aprovado, a realização de uma exposição sobre o cooperativismo médico, com a participação dos primos Edmundo e Eduardo Castilhos, respectivamente presidente e superintendente da UNIMED de Santos. A conferência contou com a participação de médicos de várias cidades do estado, sendo que a idéia também já foi levada para os municípios de Blumenau e Joinville.

Nessas 3 cidades, então, Florianópolis, Blumenau e Joinville, formaram-se comissões para avaliar a viabilidade de implantação das cooperativas. O nome MEDSAN surgiu da recomendação que as siglas indicassem o estado a que se referiam.

Em julho de 1971, assume novo presidente na ACM, o Dr. Júlio da Silva Cordeiro que deu continuidade ao processo, sendo oficialmente criada a MEDSAN (Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares) em 30 de agosto. Paralelamente, surgiram as cooperativas em Joinville e Blumenau.

Em 1985, face ao surgimento de federações estaduais e da confederação nacional, a sigla é alterada de MEDSAN para UNIMED, consagrada nacionalmente.

A concepção de modelo assistencial pode ser evidenciada no artigo de Murilo Capella (1989) “socializar os meios mas manter os fins com características liberais”. Assim é possível obter credibilidade da categoria médica, pois “permite que o exercício profissional seja realizado pelo sistema da livre escolha, e a prática médica exercida em consultórios, clínicas e hospitais, sem intermediários, Constitui-se numa solução para o usuário, porque permite que a assistência lhe seja dada por médico de sua confiança, no consultório ou no hospital por ele escolhido, sem filas. Finalmente, constitui-se numa solução para o empresariado porque diminui o absentéismo no trabalho, fator preponderante na produtividade de qualquer empresa”.

Além disso, Capella acredita que o sistema cooperativista ainda será responsável pela cobertura integral da assistência médica no país.

A seguir é possível observar o perfil numérico da UNIMED, com base em dados de março de 1995, bem como observar o seu crescimento através do quadro n.º 3 que compara os dados de 1990 a 1994:

- Cooperados: 942
- Usuários: 131.188
- Empresas contratantes: 759
- Hospitais credenciados: 20
- Clínicas: 78

- Laboratórios: 23

QUADRO N.º 3 - COMPARATIVO DOS NÚMEROS DA UNIMED ENTRE DEZ/90 A DEZ/94.

DADOS	DEZ/90	DEZ/91	DEZ/92	DEZ/93	DEZ/94
Cooperados	690	667	980	937	896
Contrato/Empresa	345	396	418	484	613
Usuários/Empresa	41.575	65.654	77.646	87.373	105.952
Contratos Particulares	1.080	1.539	2.286	3.286	3.880
Usuários Particulares	1.375	2.193	3.211	4.748	7.223
Funcionários	43	57	55	65	74

FONTE: UNIMED FLORIANÓPOLIS, 1995.

Através desses dados é possível observar que enquanto o número de cooperados cresceu em 28,73% nesse 5 anos, o número total de usuários (por empresa e particulares) cresceu em 163,50%, realmente tornando-se uma ótima opção de clientela para a categoria médica e uma alternativa às deficiências do SUS para uma população inserida formalmente no mercado de trabalho e com determinada renda familiar.

Uma pesquisa realizada em 1990 pela empresa de consultoria Towers Perrin, detecta a satisfação das empresas com a atenção médica supletiva, sendo 80% muito satisfeito e satisfeito com as cooperativas médicas (MENDES, 1993: 69).

A posição do presidente da seção de São Paulo da ABRAMGE, Dr. Alexandre Lourenço, coloca as possibilidades do papel que o subsistema de atenção médica supletiva se propõe a assumir, ou seja, com essa modalidade as empresas assumem a cobertura da assistência para uma parcela da população, fator importante para o Estado, pois o desobriga de seu dever. Assim, como diminui a responsabilidade do estado, ele pode direcionar seus recursos para os setores mais pobres e áreas do interior sem cobertura, visto que a tendência é que as empresas assumam a assistência nas grandes cidades, pois “a medicina privada não vai para o sertão porque a saúde lá não dá retorno financeiro” (Mendes, 1993: 69).

Essa visão também é percebida em Florianópolis nas palavras do Dr. Théo Bub, membro da administração da UNIMED, na gestão 89/91. Considera a medicina, neste século, dividida entre a mercantilização do “capitalismo puro” e a perda da

liberdade e autonomia no atendimento à saúde dentro do modelo do que ele denomina socialismo de Estado. Assim, o cooperativismo representa uma saída para remunerar o ato médico sem intermediação, visto que o modelo estatizante faliu e o modelo mercantil exacerbou-se monopolizado por grandes grupos econômicos que controlam a área de seguro saúde. À crítica ao modelo mercantil deve-se a sua finalidade para remuneração de investidores e acionistas, e, portanto, levou à conseqüente diminuição da remuneração do trabalho médico para diminuição dos custos operacionais. Considera então a UNIMED como a “grande trincheira do médico” para neutralizar as investidas da medicina de grupo. (UNIMED Florianópolis, 1995: 13).

O presidente fundador da UNIMED, Dr. Antônio Moniz de Aragão, também considera o cooperativismo como um instrumento de defesa da categoria médica contra os ataques externos e atendimento dos interesses de seus associados.

Essa concepção extrapola os seus cooperados, sendo que a Secretaria de Estado da Saúde, órgão máximo responsável pela saúde em Santa Catarina assume de forma pública uma homenagem aos 24 anos da UNIMED, onde expressa que o cooperativismo representa uma saída para a categoria médica proteger-se profissionalmente e também o seu faturamento não só dos grandes serviços de medicina de grupo, mas também do setor público (que esse mesmo órgão governamental representa) que remunera o médico inadequadamente. Além disso, considera uma proposta alternativa para “ocupar os espaços que os grandes serviços de saúde não éticos e o serviço público ineficiente são capazes de preencher” (UNIMED Florianópolis, 1995: 8).

A cobertura assistencial realizada pela UNIMED não inclui: transplantes e implantes, psicoses, seja traumática ou puerperal, neurose e outras doenças nervosas que exijam internação, psicanálise ou psicoterapia; vacinas; “check-up”; investigação diagnóstica eletiva e monitoragem fetal; tratamento clínico ou cirúrgico de moléstias infecto-contagiosas, inclusive AIDS; atendimentos nos casos de epidemias, calamidade pública, conflitos sociais, guerras e revoluções; marcapassos, lente intra-ocular, aparelhos ortopédicos, válvulas, próteses e órteses de qualquer natureza; acidentes de trabalho e suas conseqüências, bem como doenças profissionais; exames admissionais, demissionais e periódicos, tratamento

de doenças ou lesões existentes antes da inclusão do usuário e de complicações delas decorrentes; despesas com remoção ou transporte de pacientes, dentre outros. (UNIMED - contrato particular de prestação de serviços médico e hospitalar - UNIPLAN - módulo básico pessoa física).

A exclusão de aspectos como os mencionados acima, do projeto assistencial, pela sua natureza, com certeza não é por reconhecer que nessa área o serviço público é eficiente e presta uma assistência de qualidade, mas para responsabilizar o Estado com o financiamento de uma parcela do atendimento à Saúde da população, inclusive a sua conveniada, que não é de seu interesse prestar.

O ex-secretário Murilo Capella, enquanto gestor de um órgão executor de política de saúde, como é a Secretaria Municipal, expõe a sua idéia sobre o papel da UNIMED e como pode se relacionar como o poder público: “Eu acredito que a UNIMED, hoje, depois de 25 anos, prestando serviços em Florianópolis, vamos delimitar a UNIMED de Florianópolis, extrapolando os 30 anos no Brasil, eu devo dizer que ela solucionou o Sistema Assistencial Médico Hospitalar no país e na nossa cidade, para uma determinada parcela da população. Se a pessoa perguntar, mas é claro é a melhor parcela da população que tem UNIMED, não é por aí. Hoje, além dos convênios individuais, existem os convênios de empresa. O direito que tem o presidente da empresa, tem também a moça serviçal que lhe serve cafezinho, tem também o motorista. E, se nós falarmos novamente na palavra pirâmide, a maioria de uma empresa é a sua base, é essa mais se vale do sistema UNIMED. Então, isto vem realmente solucionar em termos a assistência, para uma camada socialmente inferiorizada da população. Aquele que tem acesso ao emprego, dentro de uma empresa, e quando esta empresa é esperta, ela tira o seu servidor do sistema de atendimento do SUS e coloca na UNIMED, porque ela sabe que no atendimento pelo SUS a consulta é mais demorada e no atendimento pela UNIMED, a consulta é mais rápida. Sendo mais rápida impede a ausência do serviçal da empresa, conseqüentemente o serviçal não está ausente, ele está produzindo para a empresa. Esta é a filosofia de toda cooperativa de trabalho. É o sistema mutual, o empresário que não entender isso, não é bom empresário, não está investindo no seu funcionário. Hoje, em Florianópolis, se não me engano, nós temos 140 mil usuários da UNIMED. 140 mil usuários da UNIMED, é quase a metade da população de Florianópolis. Esta metade está protegida por esse sistema. Então, eu acredito o que

os governos precisam fazer é uma tentativa de parceria, entre o governo e a rede privada para viabilizar uma melhor assistência, ou por acaso o cidadão que não trabalha em nenhuma empresa e more no norte ou no sul da Ilha de Santa Catarina, se naquele posto existisse atendimento UNIMED, ele não iria buscar este atendimento da UNIMED nos postos de saúde, no sul da ilha, por exemplo. É claro que ele iria, desde que houvesse uma participação de parceria efetiva do poder público com poder privado, porque esse existe em países adiantados. Nós não podemos esquecer que o Muro de Berlim caiu, que a União Soviética não existe mais, e se nós vivemos a era da globalização, ou nós entramos nisso ou nós vamos sucumbir. Eu acredito que a UNIMED é um sistema bom, existem outros sistemas que nós consideramos mercantilistas, porque tem intermediário, que ganham dinheiro com um trabalho que o médico exerce em cima do paciente, que cobram caro do provável paciente, mas existe muita entidade privada, existe muito empresário que quando recebe um bom projeto de qualquer sistema de saúde, ele contribui, existe muito nos Estado Unidos e está começando a existir muito também em Florianópolis. Então, eu acredito que o segredo é esse. Um cirurgião inglês diz “não há dinheiro para manter o socialismo, não há dinheiro para manter o sistema de saúde público, geral e irrestrito é impossível, nós temos que fazer uma fusão e deixar o serviço público administrar. Isso é que é importante”. (Entrevista à autora, em 10/04/96).

Já o ex-secretário Ricardo Baratieri tem uma visão diferenciada, de complementaridade e não de parceria: “Eu vejo como complementaridade na assistência, é assim que eu vejo, como eu vejo seguinte, quando vendo o meu trabalho no meu consultório particular, eu vendo como complementação, só vai lá quem pode pagar, eu não incentivo... E vejo que lamentavelmente a deterioração da rede, da assistência, de todo o sistema de saúde, que em parte é proposital para exatamente fortalecer esse outro lado da medicina, eu não sou um defensor da medicina privada, a tal ponto que eu estou num partido que defende outra coisa, mas eu acho que é uma forma de eu auferir recursos, renda para mim, não vejo nenhuma contradição”.

As discussões sobre os custos da atenção médica fazem ressurgir uma velha fórmula para mudança dos mecanismos de contribuição previdenciária, o que levaria a diminuir o aporte das empresas tendo como contrapartida a sua

responsabilidade com a oferta dos serviços sociais, incluindo aí a saúde. Essa proposta viria a contribuir com a expansão do subsistema de atenção médica supletiva, e contaria com o apoio dos empresários, articularia os interesses dos produtores privados de bens e serviços de saúde e de boa parte de instituições corporativas. Mendes também coloca como possibilidade de ampliação desse subsistema, o fato das cooperativas médicas assumirem a operação de sistemas municipais de saúde (1993:69).

O que se percebe, na realidade, é que as dificuldades de financiamento e a conseqüente falta de estruturação e de profissionais competentes e bem remunerados leva a deficiência da oferta de serviços da rede pública, referindo-se apenas em nível ambulatorial, sem citar as necessidades de referência para níveis de maior complexidade e internações hospitalares. Nesse sentido, a UNIMED representa uma alternativa concreta para os setores médios da população resolverem grande parcela das suas necessidades de saúde, contribuindo assim para a implantação do projeto neoliberal, focalizando os recursos do SUS para uma parcela já marginalizada das condições mínimas de cidadania.

3 - Outras experiências de implantação do SUS no país:

3.1 - IPATINGA - MG: é uma cidade nova, com uma população em torno de 180.000 habitantes; sua economia é basicamente industrial, principalmente do ramo metalúrgico; em relação aos serviços urbanos, há cobertura de 93% para coleta de lixo com destinação em aterro sanitário, 86% para abastecimento de água tratada e 80% para esgotamento sanitário. Há 6 Conselhos Municipais, totalizando 160 conselheiros que garantem a participação popular junto ao poder executivo municipal. Até o final da década de 80, o atendimento à saúde era realizado em apenas seis postos com poucos serviços ofertados, sendo que nem mesmo a imunização era rotina. Além das dificuldades de infra-estrutura da rede, os salários eram baixos e pagos com atraso. O processo de municipalização iniciou-se através da mudança de concepção rumo a um sistema público de qualidade, com a reorganização da rede de serviços e a garantia da participação popular na gestão e controle.

O número de profissionais de saúde elevaram-se de 212 para 711, incluindo profissionais como fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais. As unidades de saúde possuem gerência própria e a estrutura administrativa da secretaria divide-se nas coordenadorias de atenção à saúde, de saúde coletiva e de saúde do trabalhador. As ações foram desdobradas nas consideradas de rotina, incluindo todos os programas de prevenção e controle como imunização, odontologia preventiva, controle de câncer ginecológico, ações educativas para hipertensos, grávidas, desnutridos, saúde mental, alimentação alternativa, fiscalização sanitária e controle das condições ambientais de trabalho; e as campanhas com o objetivo de conscientização da população em relação à saúde e divulgação dos serviços prestados.

A partir de 1990, anualmente realiza-se a Conferência Municipal de Saúde tendo como temas: "A Saúde e Participação Popular", "Municipalização é o Caminho", "Saúde: Uma Luta Permanente em Defesa da Vida", "Construindo a Qualidade dos Serviços de Saúde". As principais deliberações foram: a eleição do Conselho Municipal de Saúde; os projetos do Fundo Municipal de Saúde; Código Sanitário; aplicação de 10% do orçamento na saúde; concurso público; definição do setor saúde para o Congresso de Prioridades Orçamentárias realizado pela Prefeitura Municipal; balanço do setor.

Um dos conflitos surgidos no processo foi entre o CMS e a Câmara de Vereadores sobre a oportunidade da realização dos concursos públicos, sendo vitoriosa a proposta do Conselho.

A cidade de Ipatinga vive um momento de, superada a implantação do SUS, garantir agora a sua qualificação.

3.2 - GUARAPUAVA - Pr: é uma cidade localizada na região centro-oeste do Paraná, com uma população maior de 140.000 habitantes e a economia baseada na agropecuária, indústria extrativa e de transformação de madeira e fruticultura.

Até 1980, o atendimento à saúde era prestado por um médico e um dentista mais ligado ao interesse político do que sanitário. Com a assinatura do

convênio AIS, a rede amplia-se com mais 13 postos de saúde simplificados, além de um Centro de Saúde Estadual e o PAM do INAMPS.

O processo de municipalização é incrementado a partir da administração municipal que assumiu em 1989.

O primeiro passo foi assumir de fato, a gerência das unidades básicas de saúde, sendo que os serviços foram reestruturados e foi ampliado o número de profissionais que neles atuam. O passo seguinte foi assumir o PAM do INAMPS que já estava estadualizado, envolvendo negociações com outros 13 municípios que utilizavam esse posto de assistência como centro de referência para diversas especialidades. O último passo foi assumir a gerência e execução da vigilância sanitária e epidemiológica.

Após a mudança com impacto positivo na rede ambulatorial, é possível estabelecer outro tipo de relação com o setor privado contratado. Assim, em fevereiro de 1993, o município assume a distribuição da AIHs (autorização de internação hospitalar), que até então eram de propriedade dos hospitais. Foi contratada uma equipe de auditores para fazer a avaliação, caso a caso, nos 5 hospitais contratados. Já no primeiro mês houve uma economia em torno de 25% das AIHs.

Houve recadastramento da capacidade técnica de atendimento das unidades hospitalares, inclusive com o grau de complexificação. O encaminhamento para a rede ambulatorial e serviços do setor privado só era realizado após o esgotamento da capacidade do setor público.

O Conselho Municipal de Saúde aprovou a criação de uma setor de queixas, sendo que 70% dessas referiam-se a dupla cobranças de serviços. A constatação de irregularidades originou processos, que originaram desde a devolução do valor pago indevidamente até o descredenciamento no caso reincidências ou fatos graves.

Para assumir a AIHs é fundamental que o município apresente uma boa rede de serviços com resolutividade e supremacia da rede pública ambulatorial sobre a rede privada.

O trabalho dos auditores, sempre que necessário, utiliza o depoimento dos usuários que são convocados por carta ou através da rádio local. Esse trabalho, incluindo divulgação, controle e garantia de direitos é acompanhado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Além da diminuição do número de AIHs, que se encontra em torno de 10,26% em relação à população do município, de 1992 para 1993, houve também um aumento das internações nas clínicas médica e obstetrícia com correspondente diminuição em clínica cirúrgica.

A equipe de saúde de Guarapuava tem como conclusão a importância desse trabalho, visando a democratização do acesso a serviços de qualidade e o controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde.

3.3 - NITERÓI - RJ: O município foi fundado em 1572, tem uma população acima de 410.000 habitantes, com a atividade econômica voltada para o setor de serviços primordialmente e para o setor industrial em segundo plano.

Em torno de 43% da população possui renda familiar abaixo de 5 salários mínimos e 8% acima de 10 salários mínimos. Em relação aos serviços urbanos, há cobertura de 80% para abastecimento de água, e o lençol freático está contaminado por esgotos não tratados. Em torno de dois terços do esgoto da cidade vai para a Baía de Guanabara sem tratamento.

O município divide-se em 3 distritos sanitários e possui 90 estabelecimentos de saúde (12 federais, 17 estaduais, 12 municipais, 49 particulares), e 1.609 leitos hospitalares (710 públicos e 889 contratados e conveniados).

Em 1970, a secretaria municipal contava com apenas 1 posto de saúde e 1 serviço funerário. A partir de 1977 inicia-se o processo de mudança através de um projeto elaborado por cerca de 20 técnicos e coordenado por profissionais da Universidade, com implantação de 16 unidades de pequeno porte situadas em locais estratégicos.

Esse projeto já surgia com algumas idéias importantes em relação aos movimentos populares e à criação de um fundo especial para gerenciar os

recursos da saúde. Mesmo enfrentando 2 gestões municipais contrárias aos princípios, o projeto sobreviveu.

No final de 1992, foi criada a Fundação Municipal de Saúde após discussão conjunta entre diversos setores do governo, com a finalidade de completar o processo de municipalização. Juntamente foi criado o Fundo Municipal de Saúde, cuja aplicação de recursos é definida pelo Conselho Municipal de Saúde e Conselho Diretor da Fundação.

Em relação aos recursos humanos, no momento da criação da Fundação, foi oferecida a opção de transferência. A diferença de vínculo ainda se faz presente, sendo 40% pertencente ao quadro municipal e 60% cedidos dos quadros estadual e municipal. O número ampliou-se de 950 para mais de 5.000 servidores após a municipalização. A contratação é feita através de concurso público, com exceção do Programa de Médico de Família, mas nesse caso, os profissionais passam por seleção, avaliação e supervisão.

O Programa de Médico de Família foi implantado após um acordo de cooperação técnica entre o Brasil e Cuba realizado em 1991. Este programa foi implantado em regiões desassistidas, com quadro crítico de mortalidade, mas que também deveriam ter uma infra-estrutura mínima de saneamento básico e uma associação de moradores. As regiões foram divididas em função da população média de 1000 pessoas e 180 casas, e são atendidas por 1 (um) médico em horário integral de formação generalista e 1 auxiliar de enfermagem. Os salários pagos são diferenciados, os cheques são assinados pelo gestor e encaminhados a Associação de Moradores. Um aspecto fundamental desse projeto é a possibilidade de fornecer novas informações sobre o perfil da população atendida.

A vigilância sanitária e a saúde ambiental também foram municipalizadas.

Como conclusão desse trabalho, apesar da história da cidade ser marcada pela estrutura burocrática e conservadora do governo do estado, houve o desejo de mudança que levou a entrar dentro da própria máquina para decifrá-la e colocá-la a favor da saúde.

Também, o projeto de pesquisa intitulado "Processo de Municipalização da Saúde: Estudo com Gestores Municipais", realizado com informações de

1391 municípios de 11 estados estudados contribui para o entendimento da realidade nacional.

Em relação ao perfil profissional dos dirigentes municipais de saúde, a maioria desenvolveu atividades assistenciais com maior concentração na rede privada.

A maioria dos municípios possui órgão gestor próprio para a saúde. Os estados do Paraná, São Paulo, Ceará e Rio de Janeiro, principalmente, apresentam a existência de Conselho e Fundo Municipal de Saúde em sua maioria; em oposição, os estados de Amazonas e Sergipe têm o menor número dessas estruturas.

A gestão dos recursos humanos é tratado de forma incipiente por um grande número de municípios.

O financiamento é o principal problema apontado na maioria do estados, e onde não o é, apresenta-se como segundo problema.

As informações devem subsidiar a definição de estratégias de operacionalização e de política a serem utilizadas pelas Secretarias Municipais e Ministério da Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho, permitiu uma visão global do processo de implantação do SUS do ponto de vista político, a partir das relações entre as diferentes instâncias do poder municipal, objetivando contribuir para a consecução de diferentes formas de ação coletiva por parte dos atores sociais que têm o compromisso e a convicção da defesa do SUS, como uma parte do processo da luta social maior de construção da cidadania nesse país.

Utilizando-se das definições de Testa sobre política e estratégia, que as considera como “distribuição de poder” e “implementação de uma política” respectivamente, é possível observar se o reflexo da implantação do SUS vai no sentido de transformação social ou não, conforme aponta o autor. A legitimidade e a credibilidade são pontos importantes levantados por Testa, e que através da análise dos dados, é possível constatar como fazem parte do processo.

Neste sentido, observa-se o comportamento dos partidos políticos conservadores, que, através de seu posicionamento tanto no executivo quanto no legislativo municipal, têm desenvolvido sua estratégia no sentido de manutenção do “status quo”. Assim, a proposta de implantação do SUS pode até ser uma política legítima e de transformação social, mas por conta da falta de credibilidade do setor saúde, não alcançou ainda a confiança no espaço social onde foi formulada, necessitando portanto, ampliar sua base social de apoio para implantar as mudanças estruturais necessárias a sua consecução.

Infelizmente, é possível constatar o quanto estamos distantes da sociedade ideal, idéia utópica compartilhada com Testa, ao perceber o quanto ainda temos que avançar, para substituir as relações de dominação e formas de poder vigentes atualmente na sociedade, por formas organizativas democráticas e participativas.

A partir da elaboração do histórico das políticas de saúde no país, situando o SUS dentre estas, é possível reconhecer as contradições entre a filosofia desse novo modelo proposto, baseado no conceito de saúde como resultante das condições de vida, e o modelo neoliberal, descrito por Draibe, e

que propõe cortes nos gastos sociais e desativação de programas sociais públicos, com uma ótica perversa do processo de descentralização e focalização do que é objeto de suas políticas.

O caráter de classe do Estado, apontado por Offe, é evidenciado através da forma como tem atuado, utilizando-se dos mecanismos democrático-representativos para garantir sua legitimação. Exemplificando, mesmo alguns partidos políticos tendo perdido as eleições municipais para o poder executivo, mantiveram-se no exercício do poder, através de uma maioria eleita para o legislativo municipal, influenciando decisivamente nesse processo. Assim, podemos constatar que, apesar da classe dominante encontrar-se dividida em frações e representada por diversos partidos políticos, mantém-se unida para defender seus interesses globais e garantir a hegemonia do processo. Para tanto, conforme Laclau, a hegemonia mantém-se através da articulação de visões diferenciadas, neutralizando essas diferenças quando convém. A concepção de Gramsci vem sendo constatada, a partir do exercício do poder para manter a hegemonia através do que ele chamou de “consenso ativo dos dominados”. Ou seja, percebe-se que não há contestação das decisões do Legislativo ou Executivo.

A seletividade define o que se torna objeto de política estatal, desde que sejam compatíveis com os “interesses globais do capital”. Associado a essa seletividade, Offe utiliza o conceito de “não decisão”, ou seja, mesmo que as iniciativas para sufocar demandas previamente a sua aprovação não tenham sucesso, prejudica-se a implementação da decisão. À nível nacional, o SUS foi aprovado na Constituição Federal acompanhando o processo de redemocratização do país, mas não tem sido viabilizado politicamente. Da mesma forma, à nível local, o conceito de “não decisão” tem sido verificado, conforme já foi relatado no processo de tramitação e aprovação das leis relativas à saúde, na Câmara de Vereadores.

Também, o depoimento de ex-secretários reflete o relacionamento entre diferentes instâncias do Estado, como o executivo estadual e municipal, e a utilização do poder como forma de coibir ou incentivar a implantação de uma

política, conforme exemplo ocorrido com a assinatura do convênio SUS e implantação do Fundo Municipal de Saúde.

A implantação de políticas sociais por parte do Departamento de Desenvolvimento Social e Departamento de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, explicitada no documento enviado à Câmara Municipal para justificar o aumento no quadro de pessoal, segue a divisão realizada por Demo, que as subdivide em: assistenciais, sócio-econômicas e participativas.

A participação implementada com a instalação do Conselho Municipal de Saúde, contribui, conforme o sentido exposto por Borja, com o processo de democratização da vida pública municipal.

Por fim, através do exemplo municipal, é possível compreender o significado do Estado apontado por Fleury, ao entendê-lo como um conjunto heterogêneo e complexo de funções a serem desempenhadas numa determinada formação social compreendida historicamente.

Perspectivas da Municipalização em Florianópolis:

Com base no que já foi exposto, o processo político de implantação do SUS em Florianópolis apresenta semelhanças com o que vem se desenvolvendo em outros municípios, e as diferenças evidenciadas refletem-se em pontos positivos e negativos. Alguns exemplos serão tratados a seguir.

Conforme reconhece Goulart, o momento presente em curso no SUS, apresenta obstáculos e dificuldades como reflexo “da política econômica que privilegia o déficit zero, do centralismo fortemente arraigado na burocracia das três esferas do governo, das dificuldades culturais e políticas inerentes à implantação do controle social e do descrédito da sociedade (incluindo os próprios gestores) em relação ao sistema”(1994:05).

A dificuldade encontrada em alguns municípios no que se refere à estrutura da rede de serviços, e que envidou esforços no sentido de construção de novas unidades de saúde, não se verificou em Florianópolis. Mesmo antes da

municipalização de algumas unidades estaduais , a prefeitura já apresentava um número significativo de unidades.

Atualmente, a rede pública é composta por centros de saúde organizados hierarquicamente de acordo com a complexidade da assistência prestada, e localizados de forma descentralizada nas diferentes regiões da ilha e do continente, oferecendo assim uma boa cobertura do município. O processo de gestão dos centros de saúde tende a avançar com a criação dos cargos de coordenadores de unidade que são escolhidos no próprio local, conforme relatado no Conselho Municipal de Saúde.

Um ponto fundamental para garantir a democratização do acesso, gestão e formulação de política de saúde, diz respeito ao direito à informação, nos seus diversos níveis. Isso significa os usuários terem acesso à informação de todos os serviços disponíveis e a prestação de contas que deve ser realizada sistematicamente pelo Executivo Municipal junto ao Conselho Municipal de Saúde. Nesse sentido, a secretaria municipal vem cumprindo seu papel através de folhetos explicativos sobre a rede de serviços, manual do usuário do SUS, e boletim informativo a serem distribuídos nos centros de saúde. Não era objetivo deste trabalho avaliar a eficácia da informação veiculada, mas a iniciativa política que a tem implantado.

Outro aspecto importante relacionado à informação, diz respeito à informatização da rede, que hoje inexistente nos centros de saúde de Florianópolis, possuindo apenas uma estrutura à nível central. Esse processo visa garantir o conhecimento, por parte do gestor, da população atendida e seu respectivo perfil sócio-econômico e epidemiológico visando contribuir para a formulação de políticas públicas de saúde mais voltadas às especificidades regionais. Os dados relativos a morbidade da população permitiriam aos profissionais da área de saúde desenvolver programas de prevenção, controle de doenças e campanhas de orientação além do estabelecido de forma centralizada pelo Ministério da Saúde.

Também nesse sentido, como um aspecto positivo citado no relato de alguns municípios e experienciado em Florianópolis, está a organização da vigilância sanitária.

O potencial turístico do município, incrementado principalmente nos meses de verão, tem atraído uma população migrante em busca de melhores oportunidades, expulsa de seus locais pela crise econômica do país. Como esse incremento ocasionado pelo turismo, pela estrutura de serviços e pela crise do meio rural, é sazonal, essa população tem feito crescer os bolsões de pobreza na periferia da cidade, contribuindo para a diversidade do quadro de mortalidade geral e infantil, fazendo com que o município identifique-se tanto com índices de países desenvolvidos como de regiões menos favorecidas economicamente.

A criação do Fundo Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, são consideradas estruturas fundamentais de acordo com os princípios do SUS. Num momento inicial, foram formalmente constituídos, mas somente passaram a funcionar efetivamente com o impulso da administração da Frente Popular. Esses fatores evidenciam a importância da iniciativa política por parte dos partidos políticos que compõem a administração pública. Espera-se que nesse momento atual, com o retorno à Prefeitura, após a vitória na última eleição, de partidos conservadores e que historicamente não reconhecem a participação popular e desenvolvem uma política clientelista, que o movimento social organizado tenha força suficiente, não só para manter funcionando o conselho, mas para fazer valer suas deliberações.

Em relação ao financiamento, evidenciada a importância da criação do Fundo Municipal de Saúde e lamentando a demora de cinco anos na sua implantação, inclusive com prejuízo financeiro para o município devido ao subfaturamento, percebe-se a necessidade de amplo processo de mobilização social para garantir a aplicação de 10% do orçamento do município para com a saúde. Para tanto, é necessário comprometer as lideranças políticas locais, e a própria população para, além de saber o posicionamento de candidatos à cargo público a esse respeito, exigir e fiscalizar o comprometimento dos vereadores, prefeito e vice-prefeito eleitos, durante seus respectivos mandatos.

A questão dos recursos humanos em saúde, pode ser considerada estratégica para o sucesso do SUS. Para tanto, é necessário um amplo debate com a sociedade sobre suas funções, responsabilidades, e conseqüentemente, como financiar salários para que esses profissionais vivam com dignidade. O

ponto referente ao estabelecimento de um plano de carreira e incentivo à capacitação e atualização profissional são considerados consensuais.

A análise desse trabalho levou a considerar algumas propostas, com o intuito de contribuir para a consolidação e qualificação do Sistema Único de Saúde como um modelo adequado para a organização dos serviços de saúde, a serem apresentadas para a Secretaria Municipal de Saúde:

- 1- informatizar a rede básica de saúde;
- 2- aplicar 10% do orçamento municipal para o setor saúde;
- 3- recadastrar a capacidade técnica da rede hospitalar e de serviços prestados, com seu respectivo grau de complexificação;
- 4- estabelecimento de consórcio intermunicipal para organizar o serviço de referência da região;
- 5- estruturação da secretaria para assumir a liberação das AIHs referentes ao município de Florianópolis;
- 6- fiscalização das ações desenvolvidas pelos vereadores, seu posicionamento na Câmara Municipal, propostas apresentadas, bem como proceder a divulgação dos seus atos para conhecimento dos eleitores;
- 7- promoção de integração interinstitucional com as Universidades (UFSC e UDESC), no sentido de contribuir para a formação de profissionais críticos e conscientes que contribuam para a construção e consolidação de um novo modelo assistencial para a saúde.

Cabe ressaltar como último ponto, que todas essas medidas só terão efeito a longo prazo caso estejam associadas a uma ação política mais ampla. Isto significa contribuir na construção de um projeto para a sociedade que se contraponha ao neoliberalismo e sua concepção, e lutar em todas as instâncias da sociedade para que se torne hegemônico.

Os princípios básicos do SUS, baseados na intenção de universalização do atendimento e equidade esbarram no modelo econômico excludente e concentrador de riquezas. A organização de um modelo de saúde descentralizado e voltado para as necessidades de saúde da população, não

significa um modelo que desobrigue o Estado de suas responsabilidades e focalize sua política apenas em áreas de risco. A SAÚDE É PARA TODOS!

A democratização dos serviços de saúde deve passar necessariamente pela democratização das condições de vida das pessoas, e isso significa que a sociedade deve estar organizada de forma que respeite o cidadão, que lhe dê o direito de viver e morrer com dignidade, oferecendo-lhe oportunidades para que desenvolvam suas potencialidades e vivam plenamente a sua existência.

Isso é **UTOPIA?** Talvez! Mas não podemos perder a nossa capacidade de sonhar, acreditar no nosso sonho e conquistar mais pessoas a sonhar conosco. O milagre da vida escancara-se diante dos nossos olhos todos os dias, não podemos é ficar passivos ao ver tanta gente morrendo como consequência dessa organização social que historicamente tem dizimado populações, pela ambição ao poder. Também não podemos nos conformar com as pessoas que, desencantadas, perderam o brilho de seus olhos e hoje comodamente assistem ao Jornal Nacional sentadas em suas poltronas, após uma farta refeição, achando que tudo é natural!

Natural é o sol nascer todos os dias, iluminando a nossa cidade, natural é a lua cheia brilhar no céu para encantar os nossos olhos, natural é uma criança nascer e ser feliz!

Enquanto o mundo continuar como está, temos um desafio todos os dias, ao acordar, que é não se conformar com a injustiça e lutar, lutar, lutar incansavelmente para transformá-lo. Só assim seremos felizes!

“GENTE É PARA BRILHAR E NÃO PARA MORRER DE FOME”

(Caetano Veloso)

IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADRIANO, Jaime Rabelo & CUNHA, João Paulo Pinto da. Guarapuava - Paraná. In: **Espaço para a Saúde**. NESCO. Curitiba, vol. 3, n. 3, maio 1994, p. 19-24.
- AVELINO FILHO, George. Clientelismo e política no Brasil, In: **Novos Estudos CEBRAP**. São Paulo, n. 38, março 1994, pp. 225-232.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993 - investindo em saúde**. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1993.
- BARROS, Elisabeth. Política de Saúde no Brasil: A Universalização Tardia como Possibilidade de Construção do Novo. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. I, n. 1, 1996, p. 05-17.
- BOBBIO, Norberto et al. **Dicionário de política**. 4.ed., EDUnb: Brasília, 1992. v.1 e 2.
- BOBBIO, Norberto. **Estado , governo e sociedade: por uma teoria geral da política**. 2ª ed, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- BRAND, Maria José Grillo Caldeira; CUNHA, Paulo Pinto da; MACHADO, José Ângelo. Niterói - Rio de Janeiro. In: **Espaço para a Saúde**. NESCO. Curitiba, vol. 3, n. 3, maio 1994, p. 25-29.
- CAPELLA, Beatriz B. et al. **Cidadania - o pensamento dos enfermeiros de um hospital - escola**. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v.1, n.1, p.16-32, Jan/Jun 1992.
- CAPELLA, Murilo Ronald. **UNIMED: passo a passo em busca da saúde brasileira**. Florianópolis, 1989, mimeo.
- CASTILHO, Edmundo. **Cooperativa de trabalho**. UNIMED - cooperativismo de trabalho médico. Ano VIII, n. 34, março/abril 1995, p. 4.
- CEBRAP. Políticas sociais no Brasil (Relatório final de pesquisa). São Paulo, 1993, mimeo.
- COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1991.
- COHN, Amélia. **Descentralização, cidadania e saúde: o poder local como espaço de consolidação democrática**. São Paulo, CEDEC, 1992, Mimeo.
- COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA. **Documento I**. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1986.

- COSTA, Nilson do Rosário. Transição e movimentos sociais. In: COSTA, N.R. et al. **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. V. 1, Petrópolis: Vozes, ABRASCO, 1989, p. 45-65.
- CUNHA, João Paulo Pinto da; COUTINHO, Isabela Souza; MACHADO, José Ângelo. Ipatinga - Minas Gerais. In: **Espaço para a Saúde**. NESCO. Curitiba, vol. 3, n. 3, maio 1994, p. 14-18.
- CUNHA, Rosani Evangelista da. Os caminhos da Municipalização da Saúde no Brasil. In: **Espaço para a Saúde**. NESCO. Curitiba, vol. 3, n. 3, maio 1994, p. 07-09.
- DEMO, Pedro. **Política social, educação e cidadania**. Papirus Editora: Campinas, 1994.
- DRAIBE, Sônia M. **As políticas sociais e o neoliberalismo**. Revista USP: São Paulo, p.86-101, 1993.
- DUNCAN, Graeme. Mill e Marx. In: FITZGERALD, Ross. **Pensadores políticos comparados**. EDUnb: Brasília, p.223-237, 1983.
- FEKETE, Maria Christina. Estruturação do Órgão Gestor Municipal. In: **Espaço para a Saúde**. NESCO. Curitiba, vol. 3, n. 3, maio 1994, p. 47-48.
- FELICIELLO, Domênio. **Modelos assistenciais e política de saúde no Brasil**. Revista de Administração Pública: Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.62-78, Abr/Jun 1990.
- FELICISSIMO, José Roberto. A descentralização do Estado frente às novas práticas e formas de ação coletiva. In: **São Paulo em perspectiva**. V. 8, n. 2, p. 45-52, 1994.
- FLEURY TEIXEIRA, Sônia Maria. **Estados sem Cidadãos**. Rio de Janeiro, 1992. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Ciência Política) - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro.
- GERK, João Carlos da Cunha. **O caso do Parque da Luz - o processo de decisão política no poder legislativo municipal de Florianópolis**, Trabalho de Conclusão de Curso, Depto de Ciências Sociais, UFSC, 1993, mimeo.
- GERSCHMANN, Sílvia. Movimentos sociais em saúde: em busca da reconstituição social, 1991. Mimeo.
- GIOVANELLA, Lígia. **Ideologia e poder estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1989.
- GOULART, Flávio A. de Andrade. Risco ou oportunidade? O momento presente da Municipalização da Saúde no Brasil. In: **Espaço para a Saúde**. NESCO. Curitiba, vol. 3, n. 3, maio 1994, p. 04-06.

- HEIMANN, Luiza S. et al. **O município e a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- IBGE. **Anuário estatístico do Brasil 1992** - seção 2, p.309 - 341.
- IBGE. **Crianças e adolescentes**. Censo demográfico 1991.
- IPIF (Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis). **Perfil sócio-econômico dos municípios de Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu**. Florianópolis, 1990.
- JACOBI, Pedro. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. **Revista Lua Nova**. São Paulo, n. 20, 1990, p. 121-143.
- JACOBI, Pedro. Participação e gerência dos serviços de saúde: desafios e limites no município de São Paulo. **Revista de Administração Pública**: Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.32-43, Abr/Jun 1992.
- LANDIM, L. **Para além do mercado e do estado**. ISER: Rio de Janeiro, 1993. p.11-14.
- Lei Municipal nº 3081 de 10/11/1988.
- Lei Municipal nº 3291/89, nº 3970/93, nº 5015/93.
- Lei nº 4320 de 17 de março de 1964.
- LEVCOVITZ, E. & NORONHA, J.C. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. **Saúde e Sociedade no Brasil - anos 80**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumaré, 1996, p. 73-112.
- LÜDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- LUZ, Madel t. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde na década de 80. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. **Saúde e Sociedade no Brasil - anos 80**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumaré, 1996, p. 131-152.
- MAGAJEWSKI, F.R.L. **Seletividade estrutural e a construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina no período 1987-1990**. Dissertação de mestrado, UFSC, Florianópolis, 1994.
- MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. Edições Mandacaru: São Paulo, 1989. p.365.
- MÉDICI, André Cezar. Necessidade de financiamento do setor saúde no Brasil em 1995. **Saúde em debate**, n. 48, Londrina, setembro 1995, p. 69-76.
- MÉDICI, André Cezar. Novas regras para o financiamento do setor saúde em 1991. **Saúde em debate**, n. 31, Londrina, março 1991, p. 25-31.

- MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança da práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Hucitec-Abrasco: São Paulo/Rio de Janeiro, 1993.
- MERQUIOR, José Guilherme. **O liberalismo - antigo e moderno**. Nova Fronteira: Rio de Janeiro, 1991. p.260.
- MILL, John Stuart. **Considerações sobre o governo representativo**. EDUnb: Brasília, 1981. p.184.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992, 2ª ed.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avançado para a municipalização plena da saúde: o que cabe ao município**. Brasília, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Municipal de Saúde - guia de referência para sua criação e organização**. Brasília, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Descentralização das ações e serviços de saúde - a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1987.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final da IX Conferência Nacional da Saúde**. Brasília, 1992.
- MONTEIRO, Mário F.G. & TAVARES, Ricardo. População e condições de vida, In: GUIMARÃES, Reinaldo & TAVARES, Ricardo. **Saúde e sociedade no Brasil - anos 80**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. p.43-72.
- O'DONNELL, Guilherme. **Sobre o estado, a democratização e alguns problemas conceituais - uma visão latino-americana com uma rápida olhada em alguns países comunistas**. Novos Estudos CEBRAP: São Paulo, v.36, p.123-145, Julho 1993.
- OFFE, Claus. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- OLIVEIRA, Jaime e FLEURY, Sônia. **(IM) Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Vozes/ABRASCO: Petrópolis/ Rio de Janeiro, 1985.
- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. Cortez: São Paulo, 1989.
- POULANTZAS, Nico. **O estado, o poder, o socialismo**. 3.ed., Graal: Rio de Janeiro, 1990. p.307.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Constituição Federal, 1988.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Leis Federais 8080/90 e 8142/90.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Análise e Comentários sobre os Sistemas Municipais de Saúde. In: **Espaço para a Saúde**. NESCO. Curitiba, vol. 3, n. 3, maio 1994, p. 49-51.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Perfil Epidemiológico - mortalidade, 1980/1992**. Florianópolis.

SECRETARIA DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Saúde para todos** - I Conferência Municipal da Saúde de Florianópolis. Edição Especial, Florianópolis, novembro de 1995.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **Participação popular e poder local**. Cad. CRH, Salvador, n. 18, 1993, p. 49-76.

TESTA, Mário. **Pensamento estratégico e lógica de programação - o caso da saúde**. Rio de Janeiro/São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

TRIVINOS, Alberto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1982.

VAZ, José Carlos. **Orçamento em valores reais**. Dicas Pólis - Ildesfes - idéias para a ação municipal. GS n. 40, junho 1995.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **A emergente temática da política social na bibliografia brasileira**. BIB, Rio de Janeiro, n. 28, p. 3-41, 2º semestre 1989.