

IRINEU FRANCISCO BARRETO JUNIOR

**PODER LOCAL E POLÍTICA: A SAÚDE COMO *LOCUS* DE
EMBATE NA CIDADE DE SANTOS – SP**

DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

SÃO PAULO – 2005

Irineu Francisco Barreto Junior

**Poder Local e Política: a saúde como *locus* de embate na
cidade de Santos – SP**

Doutorado em Ciências Sociais

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo – 2005**

Irineu Francisco Barreto Junior

**Poder Local e Política: a saúde como *locus* de embate na
cidade de Santos – SP**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais, sob a orientação da Profa. Dra. Vera Lúcia Michalany Chaia.

São Paulo – 2005

Banca Examinadora

*Para Simone, razão de tudo, sempre.
Sem ela não haveria tese, não haveria
professor, não haveria eu...*

*Para Beatriz e Vinícius, meus filhos.
Pensava ter conhecido emoções na vida, até que
eles nasceram e tudo se apequenou...*

In Memoriam

*Irineu F. Barreto, meu pai, sinto
saudades do velho.*

*Maria do Carmo de Sant'Ana, a
Baxinha, sua ausência é sentida diariamente.*

AGRADECIMENTOS

Diz-se que a elaboração de uma tese é um trabalho solitário. Concordo parcialmente com essa afirmação. Sem dúvida, redigi-la é uma tarefa que envolve apenas o pesquisador e seu computador. A tese, porém, é resultado de uma trajetória pessoal, intelectual e profissional, trilhada coletivamente, e quero aproveitar estes agradecimentos para lembrar de pessoas que caminharam comigo (ou me guiaram) nessa trilha.

Meu primeiro agradecimento é para minha querida orientadora, professora Vera Chaia, pela orientação no mestrado e no doutorado. Suas intervenções sempre foram fundamentais e decisivas nas minhas pesquisas e não posso deixar de lhe agradecer, ainda, o respeito e a confiança que sempre demonstrou pelo meu trabalho. Tornei-me professor depois do mestrado e o exemplo da Verinha é aquele que procuro seguir com meus alunos e, confesso, não é fácil...

Agradeço aos professores Ana Amélia da Silva e Alcindo Gonçalves pelas orientações fornecidas no exame de qualificação e na reta final da pesquisa, inclusive no acesso aos entrevistados, tarefa para a qual o nome do Alcindo me ajudou a abrir difíceis portas.

Um agradecimento intelectual e afetivo ao meu querido professor Miguel Chaia, pelo privilégio de suas aulas e de seu convívio.

Agradeço especialmente à Fundação Seade, minha instituição, pelo estímulo à realização do doutorado, que faço nas pessoas da gerente de Análise Socioeconômica, Sônia Nahas de Carvalho, e do chefe da Divisão de Estudos Socioeconômicos, Renato Sérgio de Lima. Reservo também um agradecimento aos meus queridos amigos Zilda Pereira da Silva, Ana Maria Narducci, Catarina Guarnieri Silvério, Eliana Bordini, Vania Fontanesi (inclusive pela revisão/recriação do texto), Osvaldo Guizzardi Filho e André

Rodrigues Nagy, companheiros e parceiros nessa trajetória que resultou na tese.

Faço questão de lembrar também do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec), na pessoa de minha querida professora Amélia Cohn, instituição na qual passei dois anos, fundamentais para a ampliação dos meus limites como pesquisador. No Cedec tive o privilégio de conviver (aprender) com a professora Amélia e uma maravilhosa equipe de pesquisadores, e procuro na tese utilizar o que aprendi nesse período.

Agradecimentos também para o curso de Direito da UniFMU, na pessoa de seu coordenador, Prof. Marco Antônio de Barros, e do meu amigo professor Rodolfo de Moraes Machado Neto, extraordinária figura que o mundo do Direito me apresentou.

Para minha mãe, Dolores, pela constituição afetiva e intelectual, ou seja, quase tudo!

Para Maika pelo equilíbrio, carinho e cuidados que me proporcionou, além daqueles reservados ao meu pai.

Meus eternos Porangaba e Helena, pelo privilégio do seu convívio.

Ao amigo Antonio Carlos Alves de Araújo, pela dedicação e energia, como se fossemos únicos.

Finalmente, agradeço ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da PUC-SP e à Capes pela concessão da bolsa de estudos que viabilizou este trabalho.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo principal realizar um estudo comparativo da política municipal de saúde na cidade de Santos, Estado de São Paulo, durante as administrações de Telma de Souza (1988-1992), David Capistrano (1993-1996) e Beto Mansur (1997-2004). Essa investigação, porém, não se subscreve unicamente ao sistema local de saúde: realizou-se uma análise sobre a presença e a importância da saúde na agenda política da cidade, incluindo o processo sucessório dos prefeitos e a participação dos atores políticos na condução e no processo de tomada de decisões. Extrapolando a questão da saúde para além de seus domínios mais imediatos e da dimensão institucional, pretendeu-se investigar a presença e a importância do tema no centro dos embates políticos travados no município, incluindo, dessa maneira, as eleições realizadas na cidade, entre 1988 e 2000.

Para que fosse possível analisar a gestão municipal da saúde em Santos, foi necessário discutir os marcos teóricos contemporâneos sobre políticas públicas e sociais, assim como a trajetória da descentralização da política pública de saúde no Brasil – especialmente após a criação do SUS, na Constituição Federal de 1988. Ainda para melhor situar o tema em estudo, realizou-se uma caracterização da cidade de Santos através de indicadores socioeconômicos e de saúde, dados secundários do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Fundação Seade. Foram comparadas duas maneiras de se fazer política, discutidas suas diferenças, prioridades, que podem ser compreendidas como visões antagônicas do papel do Estado como gestor e produtor de políticas sociais.

ABSTRACT

This work has the principal task compares municipal public health in the city of Santos, São Paulo, during Telma de Souza (1988-1992); David Capistrano (1993-1996) and Beto Mansur (1997-2004) administrations. Therefore, this investigation will not abide exclusively to local health systems. It was become fullfield a general analization about the presence and importance of health in publics politics developments, includes majors successions; participation os politicians actors to lead and taking decisions; such as integrant s of municipal health politics; and councilmen congress. Also surpassing public health beyond local importance, and institucional dimensional, intended to investigate the presence and importance about this subject in the politicians interests of the cited city, during the elections in 1988 and 2000.

To make possible to analyze municipal gestion of health in Santos, it was necessary to argue contemporaneous theorics landmarks, about public social politics, such as the decentralization trajectory of health public politic in Brazil, especially after SUS criation in Constitution of 1988. Better to point out the study subject, was made a caracterization of Santos cyti, through social and economics pointers and health, statistics harvesteds by Health Ministry, IBGE and Seade foundations. Were compared two wais to make a public politics, argueded the differences, priority routes; than can be translated in shocked visions about the importance of state to lead and manage of social politics.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Objetivos	3
Metodologia	4
 CAPÍTULO I – MARCOS TEÓRICOS CONTEMPORÂNEOS	
SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIAIS	9
Descentralização e Reforma do Estado	9
Políticas Públicas e Sociais para Superação de Desigualdades	16
 CAPÍTULO II – DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA	
DE SAÚDE NO BRASIL	27
Período que antecede a Constituição de 1988	27
A Constituição Federal de 1988 e seus desdobramentos	32
O período das Normas Operacionais (NOBs) e o avanço do	
processo de municipalização da Saúde	35
Regionalização da atenção à Saúde: o novo desafio do SUS	41
A gestão Humberto Costa e a Saúde nos dois primeiros anos	
do Governo Lula	46
 CAPÍTULO III – SANTOS ATRAVÉS DE INDICADORES	
SOCIOECONÔMICOS E DE SAÚDE	53
A Região Metropolitana da Baixada Santista	53
As pessoas	56

Indicadores da Rede de Saúde	57
Indicadores de Saúde	66
Aids	70
Transferências de recursos financeiros do Ministério da Saúde	73
Gasto municipal em saúde	75
Heterogeneidade intramunicipal: áreas de vulnerabilidade e exclusão social	78

CAPÍTULO IV – A POLÍTICA DE SAÚDE EM SANTOS – OS GOVERNOS PETISTAS E O GOVERNO MANSUR EM ANÁLISE

COMPARADA	82
A Saúde em Santos no Governo Oswaldo Justo	84
Gestões Petistas da Saúde em Santos	86
Governo Telma de Souza – 1989-1992	87
Governo David Capistrano – 1993-1996	101
Governo Beto Mansur e a gestão da Saúde – 1997-2004	108
Gestão Odílio Rodrigues Filho – 1997-1998	109
Gestão Edmon Atik – 1998-2000	114
Gestão Tomas Söderberg – 2001-2004	120
Políticas de Aids e Saúde Mental no Governo Mansur	126
Considerações sobre as diferenças entre as administrações petistas e Mansur na Saúde	131

CAPÍTULO V – O LOCUS DA SAÚDE NA ARENA POLÍTICA E ELEITORAL DE SANTOS

Modo Petista Versus Modo Mansur de Governar	137
A Saúde e a Arena Política Local	142
A Saúde como uma questão política	142
Os atores políticos e o processo decisório de governo	146
Conselho Municipal de Saúde	146
Sindicatos de Trabalhadores	149
Profissionais Liberais	150
Partidos Políticos	151
Câmara dos Vereadores	152
A Saúde e as Eleições Municipais em Santos	152
A saúde e o processo decisório do eleitorado	153
Eleição de 1988 – Vitória de Telma de Souza	153
Eleição de 1992 – Vitória de David Capistrano	154
Eleição de 1996 – Vitória de Beto Mansur	155
Eleição de 2000 – Reeleição de Beto Mansur	157
Demais fatores no processo decisório do eleitorado	158
Propostas para as políticas sociais ou políticas voltadas aos pobres e excluídos	159
Atributos pessoais dos candidatos	159
Partido político do candidato	161
Características do eleitorado santista	162
O “racha” do PT em Santos	163
A questão dos “gafanhotos”	166

CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
BIBLIOGRAFIA	180
ANEXO – ROTEIRO DE ENTREVISTA	

INTRODUÇÃO

As políticas sociais no Brasil recente foram submetidas a profundas transformações, a partir do processo de transição democrática e, em especial, após a promulgação da Constituição de 1988. A Carta determinou que uma série de políticas, antes promovidas e de responsabilidade do governo central, passassem a ser executadas pelos municípios, transformando o desenho institucional e a engenharia técnica-política da teia de proteção social brasileira. Destaca-se, entre as políticas que passaram a ser de responsabilidade municipal, a da saúde, que foi submetida ao mais profundo processo de municipalização já ocorrido na política social do país.

Diversos autores discutem o processo de transformação ao qual foi submetida a política de saúde que, após a promulgação da Constituição, necessitou ainda de mais uma década de regulamentações (portarias, Normas Operacionais do Ministério da Saúde, entre outras) para adquirir os contornos atualmente apresentados. São escassos, porém, estudos que investiguem como essas mudanças rebateram e transformaram os sistemas municipais de saúde. São raras, também, discussões sobre a influência do processo da descentralização da saúde sobre os demais componentes da esfera municipal, assim como sobre o embate de forças políticas locais, a questão da saúde na agenda dos processos eleitorais dos prefeitos e o comportamento das comunidades e demais agentes locais diante do novo quadro.

A *cidade* já é, potencialmente, *locus* privilegiado para o embate de forças políticas em sentido amplo, uma vez que, em seu território, há espaço para abrigar os consensos e dissensos existentes na sociedade. Com as inovações propiciadas pela municipalização da política de saúde, em que a esfera local ganha força, atribuições e recursos na condução de uma política que diz respeito ao interesse de toda a coletividade, é esperado que a saúde ganhe importância na agenda local, não apenas quanto aos componentes de

ordem sanitária, mas também, especialmente, no embate das forças políticas locais.

Como existem mais de cinco mil municípios no Brasil, era de se esperar que a municipalização da saúde propiciasse o surgimento de um sem-número de experiências diferentes, tanto bem sucedidas como fracassadas, na condução dessa política em nível local. A cidade de Santos, no litoral paulista, consiste em instigante objeto de estudo sobre o sucesso ou o fracasso da condução de uma política local de saúde, diante do embate das forças políticas locais e do fortalecimento dessa questão na agenda política mais ampla. No ano de 1988, Santos elegeu como prefeita a então deputada federal Telma de Souza, através do Partido dos Trabalhadores (PT). A experiência de Santos na condução da política de saúde foi considerada um grande êxito, o que pode ser confirmado através do grande número de iniciativas premiadas por organismos internacionais, na área da prevenção e tratamento da Aids, assim como na saúde mental, por exemplo, e também pelo fato de Telma ter conseguido fazer o seu sucessor, David Capistrano, secretário municipal de Saúde, que foi eleito em 1992.

Com a vitória de Capistrano, a expectativa foi de fortalecimento da questão da saúde na agenda da administração santista, o que acabou acontecendo, assim como a continuidade dos prêmios e do reconhecimento público do sucesso da administração local da saúde. Apesar disso, houve o rompimento político entre o prefeito e sua antecessora e, em 1996, foi eleito para a prefeitura o radialista Beto Mansur, através do Partido Progressista Brasileiro (PPB), partido que, na metade da década de 90, situava-se em campos político e ideológico diametralmente opostos aos do PT.

Surgiram, então, diversas questões instigantes sobre a política e a saúde na cidade de Santos, que serão mais bem detalhadas nos objetivos deste estudo, mas a principal delas se refere à maneira como Beto Mansur conduziria a política municipal de saúde, grande vitrine de seus antecessores e opositores políticos: se haveria continuidade dos programas anteriormente desenvolvidos, manutenção ou ampliação da capacidade e da qualidade do atendimento à população; e, especialmente, se iriam perdurar as marcas

impressas na saúde durante as administrações Telma de Souza e David Capistrano, ou seja, a inovação, a ousadia de propor e realizar políticas que até então não eram assumidas pelas prefeituras, visto que o Sistema Único de Saúde ainda estava em fase inicial de implantação e regulamentação, e que projetaram a cidade de Santos para o centro do debate sobre a municipalização das políticas de saúde no Brasil, entre o final dos anos 80 e a primeira metade da década seguinte.

Objetivos

Este trabalho tem como objetivo principal realizar um estudo comparativo da política municipal de saúde na cidade de Santos, Estado de São Paulo, durante as gestões de Telma de Souza (1988-1992), David Capistrano (1993-1996) e Beto Mansur (1997-2004). Essa investigação, porém, não se subscreve unicamente ao sistema local de saúde: realizou-se uma análise sobre a presença e a importância da saúde na agenda política mais larga da cidade, incluindo o processo sucessório dos prefeitos e a participação dos atores políticos na condução e no processo de tomada de decisões no âmbito dessa política, como o Conselho Municipal de Saúde e a Câmara dos Vereadores. Extrapolando a questão da saúde para além de seus domínios mais imediatos e da dimensão institucional, pretendeu-se investigar a presença e o grau de importância do tema no centro dos embates políticos travados no município, incluindo, dessa maneira, as eleições realizada na cidade entre 1988 e 2000.

A pesquisa procurou cumprir os seguintes objetivos:

- caracterizar e analisar a gestão municipal da saúde na cidade de Santos nas administrações Telma de Souza, David Capistrano e Beto Mansur;
- comparar as diferenças entre as administrações petistas e o governo Mansur;

- analisar os programas de prevenção e tratamento da Aids e de saúde mental, nas diferentes administrações;
- verificar se existiriam diferenças entre o “*modo petista*” e o “*modo Mansur*” de governar;
- situar e debater a possibilidade de considerar a saúde uma questão política na cidade de Santos;
- identificar a importância dos diferentes *atores políticos* no processo de tomada de decisão governamental em saúde;
- discutir se a saúde pode ser considerada um tema decisivo no cenário eleitoral em Santos;
- discutir a relevância dos diferentes *temas políticos e eleitorais*, além da saúde, no processo de tomada de decisão do eleitorado santista.

Para que fosse possível analisar a gestão municipal da saúde em Santos, foi necessário, preliminarmente, evidenciar e analisar os marcos teóricos contemporâneos sobre políticas públicas e sociais, assim como discutir a trajetória da descentralização da política pública de saúde no Brasil, especialmente após a criação do SUS, na Constituição Federal de 1988. Ainda para melhor situar o tema em estudo, elaborou-se uma caracterização da cidade de Santos através de indicadores socioeconômicos e de saúde, utilizando-se dados secundários coligidos pelo Ministério da Saúde, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pela Fundação Seade.

Metodologia

A pesquisa foi realizada a partir de um amplo levantamento bibliográfico sobre os aspectos teóricos envolvidos no estudo e, especificamente, sobre a gestão da saúde na cidade de Santos, o que envolveu livros, teses e dissertações, além de artigos e estudos publicados em revistas científicas; foi realizado ainda levantamento de matérias jornalísticas em mídia impressa, no acervo da hemeroteca municipal. As lacunas existentes na pesquisa bibliográfica e documental foram suprimidas

através da realização de entrevistas, com pessoas que estavam envolvidas com a questão da saúde na cidade, ao longo do período analisado. Elas foram feitas também com a finalidade de evidenciar as diferenças entre o “*modo petista*” e o “*modo Mansur*” de governar, possibilitar a discussão sobre ser, ou não, a saúde uma questão política em Santos e situar sua importância no cenário eleitoral da cidade, além de permitir uma análise dos demais temas que compõem a agenda das eleições no município.

A maior dificuldade metodológica enfrentada foi a inexistência de livros, pesquisas ou estudos específicos sobre a política de saúde nas administrações de Beto Mansur. Essa afirmação pode ser feita após exaustiva pesquisa nas bibliotecas da USP (Faculdade de Saúde Pública, Medicina e FFLCH), da PUC-SP e da Universidade Santa Cecília, em Santos. Além disso, durante a realização das entrevistas, foi solicitado, aos entrevistados, que fizessem indicações bibliográficas sobre o governo Mansur e, aparentemente, a academia e as instituições de pesquisas, que analisaram e publicaram diversos estudos sobre os governos petistas em Santos, deixaram de se interessar pela cidade após a vitória de Beto Mansur. Além disso, a gestão Mansur, ao menos na área da saúde, não investiu na realização de relatórios de gestão ou outros documentos que registrassem a memória do governo e que servissem para relatar essa passagem pela administração municipal de Santos.

Dessa maneira, a pesquisa se viu forçada a investir nas entrevistas e na análise de artigos de jornal para possibilitar uma caracterização daquilo que foi a gestão da saúde no governo Mansur, além, é claro, do fato de que as entrevistas possibilitam o levantamento de informações e opiniões privilegiadas, de pessoas que estiveram envolvidas com o cotidiano da cidade e que se tornam, assim, interlocutores e informantes privilegiados para a realização deste estudo. Claro que todo o entrevistado, ao manifestar sua opinião sobre o tema em estudo, manifesta, *a priori*, seus posicionamentos políticos e sua ideologia e sua visão sobre como é ou deveria ser a administração da “*coisa pública*”, uma vez que todos os entrevistados tiveram alguma relação política com as administrações petistas ou com os governos

Mansur. Isso, antes de ser considerado um mal, desde que o pesquisador assuma o pressuposto do “*contágio ideológico*” dos entrevistados, enriquece ainda mais esses relatos, revelando menos uma visão que descreve um fato, e mais uma visão política de um fato, o que também é muito importante para a compreensão do fenômeno estudado, em especial na Ciência Política.

Foram entrevistados: Dr. Marco Manfredini (*dentista, coordenador do Programa de Saúde Bucal no governo David Capistrano*); Dr. Fábio Mesquita (*médico, coordenador do Programa de DSTs/Aids no governo Telma de Souza*); Dr. Roberto Tykanoti Kinoshita (*psiquiatra, interventor na Casa de Saúde Anchieta nos governos Telma de Souza e David Capistrano*); Dr. Odílio Rodrigues Filho (*médico, secretário de Saúde no governo Beto Mansur*); Dr. Edmon Atik (*médico, secretário de Saúde no governo Beto Mansur*); Dra. Selma Freire (*médica, assessora do Dr. Tomas Söderberg, secretário da Saúde no governo Beto Mansur*); Dra. Jocelene Batista Pereira (*médica, admitida através de concurso na rede municipal de Saúde durante o governo Telma de Souza e que continuou atendendo na rede ainda durante o governo Beto Mansur*); Dra. Berta Maria Esteves (*dentista, presidente do Conselho Municipal de Saúde no governo Beto Mansur*). As entrevistas foram realizadas entre o segundo semestre de 2004 e início de 2005, gravadas e posteriormente transcritas para propiciar sua utilização no texto deste trabalho.

É importante salientar que este pesquisador não possui nenhuma relação com a cidade de Santos, pelo contrário, nas vezes que esteve na cidade antes da realização das entrevistas e da coleta de dados *in loco* foi na qualidade de turista. A motivação para a realização deste estudo foi acadêmica e intelectual, impulsionada pelo interesse no tema das políticas públicas, em especial saúde, e pelo entendimento da importância dessas políticas enquanto instrumento capaz de promover a inclusão e diminuir as iniquidades sociais. Somada a isso, a escolha do tema foi motivada pela possibilidade de se analisar a implicância, nas políticas sociais, do fato de um partido considerado conservador no espectro político brasileiro suceder uma

agremiação tida como mais à esquerda, além das conseqüências dessa alternância na gestão da política governamental de Saúde.

No capítulo I são expostos e debatidos os principais marcos teóricos contemporâneos sobre políticas públicas e sociais, evidenciando de que maneira houve uma alternância na agenda do pensamento sobre a ação governamental brasileira, deslocando-se de temas como descentralização e reforma do Estado para uma análise das políticas públicas e sociais enquanto instrumentos para a superação de desigualdades.

O segundo capítulo é reservado à análise do processo de descentralização das políticas de saúde no Brasil – com ênfase no arranjo institucional que pavimentou a municipalização desta política –, no período compreendido entre a promulgação da Constituição Brasileira de 1998, até os dois primeiros anos da gestão Humberto Costa à frente do Ministério da Saúde.

No capítulo III apresenta-se uma caracterização do município de Santos através de indicadores socioeconômicos e de saúde. Sua principal finalidade é explorar as bases de dados secundários e estudos, que tratem da situação do município, desvendando sua realidade e características mais significativas.

O quarto capítulo realiza uma comparação entre as gestões da Saúde no município de Santos ao longo dos governos petistas (administração Telma de Souza, 1989-1992 e David Capistrano, 1993-1996) e da administração Beto Mansur (1997-2004). Serão comparadas duas maneiras de se fazer política, discutindo suas diferenças, prioridades e realizações, que podem ser traduzidas em visões contrapostas sobre o papel do Estado como gestor e produtor de políticas sociais, tendo como eixo prioritário, mas não exclusivo, a análise das políticas de prevenção e tratamento da Aids e do Programa de Saúde Mental implantados no município.

O capítulo V discute a relevância da saúde e seu *locus* no cenário político e eleitoral da cidade de Santos, através da comparação entre o *modo petista* e o *modo Mansur* de governar, da discussão sobre a caracterização

ou não da saúde como uma questão política na cidade, da análise da importância do tema saúde nas eleições recentes no município e, ainda, de uma discussão sobre a utilização de outros temas nos períodos eleitorais ocorridos na localidade.

CAPÍTULO I – MARCOS TEÓRICOS CONTEMPORÂNEOS SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIAIS

O acompanhamento do debate teórico sobre as políticas públicas e sociais no Brasil revela que, entre a década de 90 e o início dos anos 2000, houve um deslocamento no foco principal dessa discussão: enquanto na década de 90 predominavam temas como descentralização e reforma do Estado – através dos quais se procurava estabelecer um modelo estatal mais eficiente e eficaz para a gestão e execução das políticas públicas –; nos anos 2000 essa questão foi, ao menos parcialmente, superada, ao serem priorizadas, na agenda de debates, essas políticas enquanto instrumento de combate às profundas desigualdades socioeconômicas e como enfrentamento da pobreza.

Serão discutidos, nesse capítulo, os principais posicionamentos teóricos e reflexões sobre o processo de descentralização e reforma das políticas sociais brasileiras, no cenário mais amplo no qual esteve inserido – o processo de reforma do Estado brasileiro.

Descentralização e Reforma do Estado

O referencial teórico deste estudo tem como marco inicial uma análise dos conceitos de descentralização e reforma do Estado, para tratar em seguida das abordagens mais recentes sobre as políticas públicas e sociais, especialmente no período posterior a 2000.

A discussão acerca dos conceitos de descentralização e reforma do Estado, relacionados aos processos políticos e às reestruturações técnico/administrativas, a cada momento reveste-se de nova importância e de novos significados. Relevante abordagem sobre a reforma do Estado foi apresentada por Eli Diniz, no Seminário *Reestruturação e Reforma do Estado: o Brasil e a América Latina no Processo de Globalização*, em São

Paulo.¹ Para a autora, a década de 80 deparou-se com o desafio de formular uma nova concepção do papel do Estado, tendo em vista alcançar mais altos níveis de racionalidade e eficiência, dentro de um contexto democrático. O objetivo de reformar o Estado, num cenário de mudanças drásticas na ordem mundial, definiu-se num quadro marcado por duas ordens de questões: no plano interno, verificou-se a dupla necessidade de enfrentar a crise econômica e garantir a consolidação da democracia; e na dimensão externa, configurou-se uma nova relação de forças na arena internacional, impondo-se a busca de formas adequadas para lidar com as restrições decorrentes da globalização da economia e do predomínio das redes financeiras internacionais, em escala mundial.

Para Diniz, a conjugação desses fatores dificultou a formação de um consenso em torno da agenda das reformas prioritárias, tornando a definição do conteúdo e do alcance de cada uma delas uma tarefa extremamente complexa, do ponto de vista tanto conceitual quanto prático. Ainda segundo a autora, as dimensões interna e externa da crise do Estado devem ser mediadas mesmo em um contexto de globalização da economia, pois esse fenômeno não exclui a relevância da política de interesse nacional, sendo que, por mais que a integração do sistema global tenha avançado, persiste a tensão entre a esfera nacional e a ordem mundial globalizada. Deslocando o foco para as variáveis internas, na década de 90 tornou-se mais clara a percepção de que receitas econômicas ortodoxas ou heterodoxas não constituem condição suficiente para o êxito no enfrentamento da crise, impondo-se a criação de capacidade governativa em sentido *strictu* [*governance*] e a recuperação da credibilidade das instituições estatais e da capacidade do governante de viabilizar politicamente sua agenda governamental [*governabilidade*].

A reforma do Estado como política capaz de aumentar a governabilidade e a capacidade de *governance* também foi apontada por Bresser Pereira (1997). Para o autor, esta reforma consiste num fenômeno que envolve quatro problemas: um econômico-político, referente à

¹ Maio/1998.

delimitação do tamanho do Estado; outro também econômico-político que é a redefinição do papel regulador do Estado; um econômico-administrativo, envolvendo a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo; e um político, que se refere ao aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar.

Nessa avaliação, um governo pode ter governabilidade na medida em que seus dirigentes tenham os necessários apoios políticos para governar, mas pode governar mal por lhe faltar capacidade de governança. Existe governança em um Estado quando seus governos têm as condições financeiras e administrativas para transformar em realidade as decisões que tomam.

O autor associa, ainda, o aumento da governabilidade à realização de uma reforma política no país. Para ele, a capacidade política de governar, ou governabilidade nos regimes democráticos, deriva da relação de legitimidade do Estado e do seu governo com a sociedade e depende: da adequação das instituições políticas capazes de intermediar interesses dentro do Estado e na sociedade civil; da existência de mecanismos de responsabilização (*accountability*) dos políticos e burocratas perante a sociedade; da capacidade da sociedade de limitar suas demandas e do governo de atender àquelas demandas afinal mantidas; e, principalmente, da existência de um contrato social básico. A dimensão política da reforma do Estado é a mais importante, pois o Estado é o ente político por excelência e, ao mesmo tempo, a menos clara, porque não se pode falar em crise política do Estado nos anos 90. Crise política é sinônimo de crise de governabilidade.

Retomando a discussão iniciada por Diniz, além da crise de governabilidade e de capacidade de governança, a autora associa ainda a crise do Estado nos anos 90 ao forte desacordo quanto ao modelo de Estado que deve ser construído. Para ela, o desenho do novo Estado ficou, de fato, atrelado às reformas e prioridades econômicas, sendo seus parâmetros definidos sob o impacto do primado da economia, o que significaria privilegiar

este diagnóstico reducionista e restringir a reforma do Estado às metas de corte de gastos e redução do déficit público. Observou-se o predomínio de uma agenda negativa de desmantelamento do legado do passado, em franco descompasso em relação à complexidade das tarefas a serem desempenhadas pelo Estado num mundo globalizado, em que competitividade e capacidade de inserção estratégica transformaram-se em chave para o sucesso. Ainda segundo a autora, caminhou-se, assim, para um relativo consenso acerca da relevância das condições políticas para o sucesso da administração da crise. A melhoria da capacidade de governo passa a ser vista como pré-requisito da reforma econômica, ao contrário da tendência anterior de enfatizar a precedência das políticas econômicas.

Assim como Bresser Pereira, Eli Diniz resgata a importância do aumento da capacidade de governança na discussão acerca da reforma do Estado. Segundo a autora, os anos 90 caracterizaram-se pela importância atribuída à noção de governança, entendida como capacidade governativa em sentido amplo, o que envolve as várias dimensões do ato de governar. Entre estas, sobressaem os aspectos institucionais, técnicos, administrativos e políticos, que, em sua interdependência, respondem pela eficácia da ação estatal. Nesse sentido, a eficiência do Estado não pode ser reduzida a questões como o tamanho da máquina administrativa ou a capacidade de tomar decisões com rapidez e presteza, em função da concentração, centralização e fechamento do processo decisório. O termo governança responde à necessidade de um enfoque abrangente e multidimensional.

Conforme se observa nas teorias recentes, a reforma do Estado tem como base uma ampla transformação nas relações políticas e na estrutura técnico-administrativa da esfera pública brasileira. Neste processo transformador, ganhou destaque, principalmente a partir dos anos 90, a idéia da descentralização das políticas sociais.

Arretche (1996 e 1997) destaca este fenômeno ao afirmar que, a partir de perspectivas políticas distintas (correntes à direita e à esquerda do espectro político), produziu-se um grande consenso em torno da descentralização. Ainda segundo a autora, passou-se a supor que, por

definição, formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e que, além disso, fortaleceriam e consolidariam a democracia. Igualmente, tal consenso supunha que formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais eficientes e que, portanto, elevariam os níveis reais de bem-estar da população.

Para Federico Tobar (1991), autor que já pode ser considerado um clássico e cuja contribuição é indispensável para a elaboração do conceito de descentralização, encontram-se na história provas contundentes de que a tensão entre centralização e descentralização está ligada a uma redefinição do papel do Estado na sociedade. Em síntese, para o autor, embora a descentralização possa ser definida de distintas formas, configurando sistemas dissímiles, ela constitui uma ferramenta que tende a se fortalecer na consolidação dos regimes democráticos e invernar nas cavernas durante as ditaduras.

Porém, isso não significa necessariamente a prova da existência de uma ligação profunda entre democracia e descentralização. Quanto a este ponto, novamente encontra-se concordância em Arretche (1996), para quem, ao longo dos anos 80, inúmeros foram os fóruns de debate em torno do conceito de democracia de base territorial. Nestes fóruns circulava a idéia de que a vida democrática de âmbito municipal poderia representar uma alternativa aos limites e vícios postos pelas instituições nacionais de democracia representativa.

Entretanto, a autora defende que, diferentemente deste aparente consenso, a realização desse ideal [democrático], depende mais da possibilidade de determinados princípios se traduzirem em instituições políticas concretas do que da escala ou âmbito de abrangência de tais instituições. É a concretização de princípios democráticos das instituições políticas de cada nível de governo que define seu caráter, e não a escala ou âmbito das decisões.

Encerrando a discussão da autora sobre a relação entre descentralização e democracia, não há consenso quanto à possibilidade de que a reforma das instituições possa produzir comportamentos democráticos.

Comportamentos fortemente arraigados na cultura política de uma determinada sociedade podem ser um sério fator limitador da concretização dos comportamentos e princípios democráticos perseguidos.

O debate sobre descentralização avança além da sua relação com a democracia. Tobar (1991) faz um levantamento das demais hipóteses de consenso e de controvérsia entre os autores quanto ao conceito de descentralização.

Entre os elementos comuns às definições elaboradas pelos diferentes autores sobre a descentralização, encontram-se os seguintes consensos, analisados por Tobar: sua aplicação sugere pensar no fortalecimento da esfera local e, portanto, a utilização do conceito está necessariamente vinculada a um movimento de reação a uma tendência centralizadora; o problema da descentralização é de caráter político, sendo que a implementação deste processo é de caráter administrativo; o processo não pode ser alcançado de forma isolada e só é viável dentro do marco de um processo geral de reforma — a descentralização implica uma redefinição do papel do Estado na sociedade; a conceituação dicotômica centralização *versus* descentralização não tem poder explicativo sobre os dados empíricos, os quais devem ser considerados extremos de um contínuo.

Quanto às hipóteses de controvérsia na formulação do conceito de descentralização, Tobar as sintetiza da seguinte maneira:

- *descentralização versus desconcentração*: descentralização implica redistribuição de poder, uma transferência na alocação de decisões; significa, portanto, mexer nos interesses de grupos de poder, enquanto a desconcentração é a delegação de competência sem deslocamento do poder decisório. Descentralizar acarretaria, necessariamente, uma redistribuição de poder e, portanto, uma multiplicação dos núcleos de poder político;

- *descentralização e autonomia*: o nexó entre descentralização e autonomia não pode ser estabelecido de forma rígida. É no surgimento de novas autonomias que reside a redistribuição de poder;

- *descentralização versus privatismo*: a descentralização proposta como medida racionalizadora de caráter recessivo e/ou estratégia de redução do gasto público está claramente associada à privatização dos setores sociais, seja através da transferência de responsabilidades, seja por meio da cobrança de taxas para a utilização dos serviços;

- *definição do nível local apropriado*: o debate tem se polarizado de forma que predominam duas posturas básicas: por um lado, a idéia de descentralização concebida como estadualização; e, por outro, a referência ao fortalecimento das esferas municipais.

Diferentes hipóteses de controvérsia quanto à descentralização são encontradas também em Arretche (1996):

- *relações entre descentralização e papel do governo central*: o eventual sucesso de medidas descentralizadoras supõe o fortalecimento das capacidades institucionais e administrativas e, portanto, do poder decisório do governo central;

- *descentralização dos programas sociais*: fatores como a existência (ou não) de uma política deliberada de descentralização por parte do governo federal, a natureza e o poder da coalizão pró-descentralização e o desenho institucional das políticas prévias tiveram, em cada política setorial, influência decisiva sobre as possibilidades de uma efetiva descentralização na prestação dos serviços. Portanto, em menor medida que um esvaziamento das funções dos níveis centrais de governo, o sucesso da descentralização supõe sua expansão seletiva, vale dizer, um reordenamento expansivo das agências do governo central em direção a novas atividades;

- *possíveis relações entre descentralização e clientelismo*: ainda que a proximidade entre prestadores de serviços e usuários possa ser um elemento importante para dar visibilidade às ações do governo — e, nesse sentido, favorecer a *accountability* e a *responsiveness* —, tais práticas (clientelistas) parecem depender menos da escala da prestação de serviços e mais da natureza das instituições deles encarregadas.

As idéias associadas ao conceito demonstram a preocupação dos autores em evidenciar o aspecto político da descentralização, ou seja, um processo em que ocorre não apenas transferência de atribuições de uma determinada entidade central hierarquicamente superior a entidades regionalizadas e/ou locais, sem que essas disponham de poder decisório autônomo, mas também uma real transferência de poder político e decisório. Discute-se, ainda, a separação entre a idéia de reforma do Estado e a visão reducionista que limita esse processo nos marcos da redução de gastos e déficit públicos. Reformar o Estado significa propor um novo modelo de sociedade.

Procura-se a superação da visão do processo de descentralização apenas sob a ótica da racionalidade administrativa. Descentralizar significa distribuir poder, constituindo-se, assim, em importante instrumento de redistribuição de forças na arena política nacional. Associa-se a descentralização a uma redefinição do papel do Estado na sociedade — descentralizar é um processo político e sua viabilidade é relacionada à redefinição do papel do Estado na sociedade.

Perpassa a literatura existente, ainda, o entendimento do processo de municipalização da saúde como uma das facetas mais visíveis da reforma do Estado brasileiro. Essa caracterização parece a mais apropriada, uma vez que politiza a questão, inserindo-a numa concepção maior de Estado e de fazer política.

Políticas Públicas e Sociais para Superação de Desigualdades

Nesta seção, discutem-se as recentes posições analíticas e teóricas sobre o processo de reestruturação e reforma das políticas sociais nos países da América Latina e, em particular, no Brasil. A análise de Tapia e Henrique (1995) revela que o debate recente sobre políticas sociais e seu reordenamento na América Latina tem sido crescentemente dominado por questões que associam a adequação do gasto e de seu financiamento às necessidades de ajuste fiscal. Isto significaria, segundo os autores, um deslocamento das preocupações dominantes nos processos de

democratização, em que o reordenamento das políticas sociais estava diretamente ligado à participação (popular) e à gestão democrática e ao ajustamento da estrutura de gasto e financiamento à geração de igualdade e proteção social com claras tendências universalistas. Segundo Boron (2003), esta nova configuração das políticas sociais encontra-se submetida a toda uma nova configuração do Estado nos países da América Latina, cuja reforma se basearia em quatro “pilares”, a saber: redução das barreiras comerciais ao comércio e investimento estrangeiro; privatização dos ativos estatais; desregulamentação da vida econômica; e adoção de uma série de medidas para implementar uma dura disciplina fiscal e monetária, impondo restrições ao investimento e ao gasto público.

Análise bastante crítica sobre o desenvolvimento do arranjo institucional das políticas sociais pode ser encontrada em Behring (2003), que defende a hipótese de que, “durante o período em análise, o país esteve diante de uma contra-reforma do Estado, que implicou um profundo retrocesso social, em benefício de poucos”. Segundo a autora, ao abandonar a perspectiva clássica do *welfare state*, os Estados nacionais, incluindo o Brasil, restringem sua ação ao custeio de obras de infra-estrutura sobre as quais não há interesse de investimento privado, à aplicação de incentivos fiscais, à garantia de escoamentos suficientes, e à institucionalização do processo de liberalização e desregulamentação em nome da competitividade das suas economias.

Boron (2003) lembra ainda que o Banco Mundial dedicou-se fortemente a defender a idéia do novo papel do Estado e sua reforma para os países da periferia e no resultado positivo que certamente seria verificado nos países emergentes. O Banco Mundial revestiu a palavra reforma, como é comum na tradição filosófica Ocidental, de um caráter progressista e em direção de maior liberdade e igualdade. Porém, ainda segundo Boron, as reformas do Estado que ocorreram na América Latina moveram-se na direção contrária e, por isso, seria mais correto dizer que houve um processo de contra-reforma, de destruição dos aparatos estatais e das políticas sociais, o que resultou em redução da cidadania.

Essa crítica é centrada na série de medidas liberalizantes e desregulamentadoras da economia adotadas pelos países periféricos, na década de 90, por orientação de organismos multilaterais, como o Banco Mundial, e que se tornaram conhecidas como *Consenso de Washington*. Nos acordos de refinanciamento de suas dívidas e de obtenção de novos empréstimos, os países periféricos aderiram ao receituário que preconizava, entre outros aspectos, a obtenção contínua e gradualmente elevada de superávits primários em suas contas externas, para saldar os vencimentos de dívidas internas e externas e equilibrar as contas públicas. Nesse cenário, as políticas sociais caracterizam-se como gastos públicos e fazem parte do cômputo total das contas nacionais, objeto de auditoria e controle diante dos acordos firmados entre os Estados periféricos e os organismos internacionais.

Novamente mencionando Behring (2003), no cenário de implantação de medidas inspiradas pelo Consenso de Washington, as políticas sociais são analisadas por um discurso meramente ideológico, que as caracteriza como paternalistas, geradoras de desequilíbrio fiscal, causadoras de custo excessivo do trabalho e que devem ser acessadas via mercado, perdendo, assim, segundo a autora, sua marca de direitos sociais, conforme preconiza a Constituição Federal e todo o ideário que levou à construção, por exemplo, do Sistema Único de Saúde.

Esse posicionamento ideológico procura a desresponsabilização do Estado pelas políticas sociais, assim como sobre seu financiamento, orientando-as para focalização e mobilização da sociedade através de ações individuais e voluntárias, além de oferecer estímulos para a procura de novos modelos de gestão, especialmente através de parcerias entre Estado, mercado e sociedade civil, como as organizações não-governamentais prestadoras de serviços de atendimento que, na área da Saúde, encontram seu formato nas organizações sociais.

Para ilustrar esse processo, Boron toma como exemplo o que aconteceu com a educação superior, que pode também ser verificado nas mais diferentes áreas das políticas sociais. Ao assistir a ampliação do ensino

superior privado, os países da América Latina viram a educação superior se converter num serviço, que termina sendo um bem como um automóvel qualquer. No momento em que se perde a batalha ideológica e se aceita que a educação, a saúde e a seguridade social deixam de ser um direito e se transformam em bens, a conclusão inexorável é que bens se compram e se vendem no mercado, e as regras que regem o mercado e a sua lógica nada têm a ver com as regras da democracia e dos direitos sociais (Boron, 2003).

Para Cohn (2000), em análise sobre o mesmo período, prevalece a contraposição entre a política econômica e a social, embate no qual se estabelece o ditame absoluto da economia sobre as formas de o país gerir a questão da pobreza e das desigualdades sociais, além de uma contradição de base entre a política de ajuste e de estabilização econômica adotada pelo governo e a possibilidade de se promover políticas sociais com impacto efetivo sobre o desenvolvimento social no país. No mesmo sentido aponta o diagnóstico proferido por Braga e Barros Silva (2001), para quem houve uma específica e perversa relação entre política econômica e política social nos anos 90 e que não seria exagero afirmar que essa política econômica é incompatível com o desenvolvimento de uma política social que assegure a qualidade de vida e que não seja comprometida pelas instabilidades, crises e desigualdades promovidas pela dinâmica econômica capitalista.

A submissão da política social à econômica geraria um cartel de ações que não combatem efetivamente a desigualdade, uma vez que, diante das restrições orçamentárias para a intervenção pública e a oferta de serviços universais, esse cartel priorizaria e investiria majoritariamente em políticas voltadas aos segmentos mais pobres da sociedade: a citada *focalização das políticas sociais*, traduzida na universalidade apenas de um conjunto básico de serviços sociais, como aqueles preconizados nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, gerando seletividade nos níveis mais complexos das redes de serviços.

Dessa maneira, ainda segundo Cohn (2000), a questão social é reduzida à questão da pobreza e as políticas sociais à questão da parca disponibilidade de recursos orçamentários para o setor, arranjo no geral

associado ao posicionamento ideológico anteriormente apontado por Behring e que classifica os serviços públicos estatais como perdulários, paternalistas, ineficientes e caros e não o provedor dos direitos sociais básicos e da cidadania. O principal entrave que esse modelo apresenta é o de não enfrentar o principal problema do Brasil, que é a desigualdade, o que implicaria não apenas a adoção de políticas focalizadas de combate à pobreza, mas também sua superação, através de mecanismos diretos ou indiretos de distribuição de renda.

Novamente mencionando Braga e Barros Silva (2001), a política econômica de estabilidade de preços – marca da década de 90 e que não apresenta perspectivas de mudança em cenário mais recente –, além das reforma liberalizantes e desreguladoras/desregulamentadoras, não deixou espaço para uma política social vigorosa ao negar o estabelecimento de uma base fiscal sólida, estabilidade de financiamento, remuneração adequada dos serviços públicos, manutenção de investimentos e inovação nos aparatos públicos, ao mesmo tempo em que deteriora a situação social e eleva a demanda por serviços públicos. Não é possível negar que o sistema de saúde, apesar do imenso avanço na construção de um arranjo institucional, regulador e norteador dessa política – desde o processo de municipalização até o esforço recente no sentido da regionalização da assistência –, também padece desses males.

Discutindo o processo de descentralização do sistema público de saúde no Brasil, Costa (2001) aponta que essa agenda teve uma relação direta com a percepção generalizada sobre o déficit de eficiência e de responsabilização da política social, agravada pela baixa definição dos papéis para os níveis de governo que atuam no setor (União, Estados e Municípios). Tal descentralização teve como diretriz aumentar essa eficiência, aproximando o gestor da política do cidadão e criando mecanismos para o controle público e social, a definição das prioridades locais e a melhor fiscalização e controle da aplicação dos recursos próprios municipais e recebidos através de transferências intergovernamentais para inversão em saúde. Essa aproximação se daria com a municipalização das políticas; o

maior controle público ocorreria por meio da criação dos conselhos municipais de saúde, com composição paritária entre a sociedade civil e o poder público municipal, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde; as prioridades locais deveriam ser estabelecidas no Plano Municipal de Saúde; e os recursos financeiros para financiamento da política municipal serão centralizados no Fundo Municipal de Saúde.

Ressalte-se que esse mecanismo de controle público foi expandido e aperfeiçoado ao longo da década de 90, com a realização das conferências municipais de saúde e a criação dos conselhos locais ou gestores de unidades de saúde.

O gestor estadual, segundo Costa (2001), foi aquele que sofreu o maior impacto no processo de descentralização, ao ter seu papel original de executor de ações e de contratante de serviços privados e filantrópicos substituído por uma função de coordenação, apoio e regulamentação do sistema estadual de saúde. O Banco Mundial, de acordo com Costa, sugere um conjunto de ações para o gestor estadual para aprimorar e fortalecer suas funções de articulador regional de políticas:

- desenvolver um modelo equitativo de distribuição de recursos entre municipalidades ajustando os modelos de distribuição per capita e o baseado na produção de serviços;
- fortalecer a utilização compartilhada de serviços e especializações de referência entre municípios para promover economia de escala e estimular as oportunidades de especialização municipal, entre os quais os consórcios intermunicipais;
- estimular a definição de prioridades nas intervenções de saúde;
- estabelecer combinação de preços, orçamento global e outros instrumentos para a definição de prioridades pelos gestores locais, considerando que as transferências intergovernamentais tendem a ser de fundo a fundo;

- estudar a ineficiência alocativa devido à ausência de estratégias de tratamento preventivo;
- planejar os investimentos futuros em incorporação tecnológica e equipamentos de acordo com as novas funções na gestão de custos do governo federal e estadual;
- estimular que as organizações e serviços públicos sejam mais autônomos e responsabilizáveis, introduzindo mecanismos de flexibilidade nas relações de trabalho, contratos de gestão e competição para a prestação de serviços específicos demandados pelo gestor (Word Bank *apud* Costa, 2001).

Sobre o processo de descentralização setorial, o autor conclui que são poucas as evidências de que ela tenha afetado de modo negativo a qualidade dos serviços, de que a municipalização tenha causado negligência de mecanismos de responsabilização dos governos locais ou mesmo de que ela possa ter produzido uma crise de legitimidade do sistema público de saúde. O processo, na verdade, teria projetado as secretarias municipais de saúde na esfera dos governos municipais, ampliado a capacidade de gestão em função das novas responsabilidades, aumentado a força de trabalho em saúde e a oferta de serviços ambulatoriais e ações de saúde coletiva e induzido a um maior comprometimento de recursos do orçamento municipal com o setor saúde, segundo pesquisa realizada pelo Instituto de Saúde de São Paulo (*apud* Costa, 2001).

É possível sintetizar a concepção crítica, discutida neste capítulo, sobre o resultado do processo de reforma do Estado e da ineficácia das políticas sociais como indutoras da redução da desigualdade, através da análise de Boron (2003) sobre o processo de redemocratização dos países da América Latina nos últimos vinte anos. Nessa visão, governabilidade nada mais é que um eufemismo que equivale a tranquilizar os mercados. Portanto, mais do que uma associação entre ordem política e democrática com sustentação da ordem econômica, existe hoje uma “fetichização” das regras do jogo democrático num tipo de jogo político que prescinde os conteúdos

substantivos da ordem democrática enquanto projeto de governo que produza a superação das condições de exploração e desigualdade realmente presentes (Boron, 2003).

É necessário salientar, porém, que essa visão sobre o tema das políticas públicas baseada na defesa do *Welfare State* não é única, existindo também a idéia clássica filiada ao pensamento neoliberal de que, segundo Gonçalves (2004), com a crise do Estado iniciada na década de 70, a ação do Estado de Bem-Estar Social atua no sentido inverso daquilo que se propõe. Ao procurar proteger os cidadãos, o Estado, aparentemente benfeitor, acaba produzindo ineficácia e clientelismo, pesadamente pago pelo mesmo cidadão que procurava socorrer. Ainda segundo Gonçalves, nessa visão os grande males e pecados do Estado intervencionista seriam os seguintes:

- a excessiva regulação legislativa e a intervenção estatal enquanto produtor e regulador econômico confundiriam os sinais emitidos pelo mercado, provocando o emprego irracional dos recursos materiais e o empenho subjetivo dos agentes econômicos;
- o Estado seria transformado em instrumento dos grupos de pressão que tentam firmar seus privilégios, utilizando o discurso demagógico das políticas sociais;
- o crescimento das despesas públicas levaria ao aumento das necessidades financeiras dos governos através do endividamento ou da emissão de moeda;
- o aumento da carga tributária poderia provocar efeitos indesejáveis que se propagariam pela falta de estímulo ao trabalho, evasão e fraudes fiscais e estímulo à economia informal.

Para sintetizar o pensamento neoliberal e sua visão sobre a intervenção estatal na economia, Gonçalves afirma que os neoliberais, ao criticarem o Estado do Bem-Estar Social, não estão defendendo pura e simplesmente seu desmantelamento, uma vez que são inegáveis os efeitos da economia sobre a sociedade e os indivíduos e um mínimo de intervenção

estatal é aceito desde os tempos de Keynes, e nem deixando de oferecer alternativas de política social.

A questão-chave para os neoliberais seria, portanto, o papel do Estado na condução das políticas públicas. Críticos contumazes da ineficiência estatal defendem a transferência aos indivíduos, através do mercado, das tarefas de realizar políticas públicas. Não se trata, portanto, de eliminar políticas públicas, nem mesmo de retirar do Estado seu papel de defini-las. A diferença com o *Welfare State* é que, neste, o Estado é o produtor-realizador das políticas públicas, enquanto no Estado neoliberal é o indutor-provedor delas. Nas duas conformações, porém, caberia ao Estado elaborar e definir as políticas públicas e, no modelo neoliberal, essa ação poderia acontecer, entre outras alternativas, através da criação de um imposto de renda negativo (Friedman *apud* Gonçalves, 2004) que substituiria a promoção estatal de políticas sociais por um instrumento de transferência de rendas que permitiria aos indivíduos adquirirem no mercado o serviço que melhor atendesse às suas necessidades, reduzindo o desperdício nos gastos sociais.

Para Friedman, citado por Gonçalves, a individualização do acesso ao bem público, substituindo um mecanismo de manifestação de preferências (as decisões políticas) por outro mais eficiente e confiável (o mercado), aumentaria a competitividade e diminuiria a indesejável esfera de atuação do Estado. Em suma, esvazia-se a dimensão política das políticas sociais.

Vislumbram-se, dessa maneira, duas visões antagônicas; aquela que valoriza a ação do Estado como agente indutor do processo de promoção das políticas sociais e, por consequência, da redução das desigualdades verificadas nos países da América Latina; e outra que propugna a redução do Estado e a liberdade dos indivíduos de procurarem no mercado os serviços de saúde, educação, previdência, enfim, as políticas sociais, mesmo que para isso tenham sua renda complementada pelo agente público. As duas perspectivas denotam diferentes visões ideológicas sobre a política, o tamanho do Estado e a relevância da ação estatal. Porém, a maior diferença que pode ser evidenciada entre as duas perspectivas é que, na primeira,

mesmo se considerando os problemas e limitações da ação do Estado nos países da América Latina nas décadas recentes, aposta-se na politização das políticas sociais, ao remetê-las para o *locus* próprio da política, que é o Estado. A segunda perspectiva esvazia o conteúdo e o significado político das políticas públicas, ao remetê-las ao mercado e à ação dos indivíduos, à escolha pessoal e à aquisição dos serviços de saúde e educação, por exemplo, como mercadorias comuns submetidas à lógica da oferta e da procura.

Apesar das dificuldades enfrentadas e da limitação da ação estatal, no Brasil e nos demais países da América Latina após o processo de redemocratização, apontado em diversas passagens desse estudo, é impossível não tomar partido nesse embate ideológico. Uma concepção de políticas sociais que as pressuponha como redutoras de desigualdades, promotoras da equidade, reparadoras de injustiças sociais históricas, como as verificadas no Brasil, não pode prescindir do papel estratégico do Estado como condutor e promotor dessas políticas, sendo o Estado visualizado no Brasil como União, Estados e municípios, entes públicos por excelência, para os quais ocorrem pleitos para a escolha dos governantes e que conforme a Constituição Federal e demais diplomas legais e institucionais brasileiros, são os responsáveis pela definição e execução dessas políticas. Conforme se discutirá no capítulo sobre descentralização da política pública de saúde no Brasil, o que se verifica na história recente é que quanto maior o grau de politização na formulação e no desenho do arranjo institucional das políticas sociais, melhores foram os resultados dessa política para a população brasileira, tais como os processos da Assembléia Nacional Constituinte e da regulamentação do Sistema Único de Saúde. Como o Estado é o *locus* privilegiado do embate político e da disputa, manter a política social adstrita à sua esfera permite que a sociedade possa participar desse embate de forças. Além disso, mesmo que esporadicamente, garantir que políticas mais favoráveis e benéficas sejam promovidas pelo ente público é a única maneira de associar democracia e ação estatal, ou, como apontaria Cohn (2003), promover a ampliação da democracia política e social como diretriz

para a rearticulação das relações entre Estado e sociedade civil, trazendo para o centro do debate as discussões sobre igualdade, justiça, e solidariedade, num processo de consolidação e ampliação da esfera pública.

A perspectiva neoliberal, ao esvaziar as políticas sociais do componente político, parece acreditar numa racionalidade esvaziada de conflitos, de luta por interesses antagônicos num cenário de recursos escassos, como é a realidade dos países latino-americanos nas últimas décadas, além de cercear a capacidade da sociedade civil, organizada ou não, de participar do processo decisório de implementação e oferta de serviços públicos. O conflito é inerente ao processo de condução de políticas sociais, conforme será descrito nos capítulos que tratam da trajetória do Sistema Único de Saúde na cidade de Santos, entre os governos petistas e as administrações de Mansur.

A despolitização verificada no pensamento neoliberal, na verdade, oculta um pressuposto ideológico que defende a redução do tamanho do Estado para assegurar um *status quo* e evitar que setores ou grupos da sociedade paguem um preço maior para que as desigualdades sociais sejam combatidas através da intervenção estatal, fortalecendo um discurso muito disseminado no senso comum que condena a ação pública e sua ampliação. Dessa maneira, as vertentes reducionistas da ação estatal, de certa forma, recusam a característica inerente ao Estado, que vem a ser a política, constituindo a desmobilização e a despolitização do social e a retração das instituições políticas, o que certamente é prejudicial ao processo de políticas públicas e suas finalidades precípuas.

CAPÍTULO II – DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo será discutida a trajetória da descentralização da política pública de saúde brasileira, para melhor situar o cenário no qual a cidade de Santos, enquanto ente federado e integrante de um sistema nacional de saúde, construiu sua política. A descentralização da política da saúde constituiu um tema central na agenda de Reforma do Estado brasileiro, desenvolvida ao longo da década de 80 e seguintes, em virtude, segundo Melo (1996), de dois fatores: por um lado, a centralização característica do autoritarismo burocrático do regime militar pós – 1964 converteu a descentralização num princípio ordenador das mudanças para os setores de esquerda; e, por outro, a descentralização tornou-se peça também importante para o pensamento liberal de oposição ao regime.

Período que antecede a Constituição de 1988

Com o golpe militar de 1964, iniciou-se no Brasil um regime autoritário em que predominava uma forte tendência à centralização do poder e à redução da esfera da tomada de decisões — reduzida aos limites de Brasília sob forte tutela do grupo militar dirigente. Conforme lembra Barros da Silva (1989), no caso brasileiro e no período em análise, os crescentes graus de centralidade política das ações de governo de corte social traduziram-se, concretamente, num processo violento e sem precedentes de centralização do poder de decisão política, na esfera federal, em alguns grandes Ministérios (Interior, Trabalho e Previdência Social) e na própria Presidência da República, através dos órgãos de planejamento e de alocação de recursos.

A organização sanitária também passou por uma série de modificações em seu desenho e, com base no Decreto-Lei nº.200, de 1967, foi elaborada a sistematização das competências do Ministério da Saúde —

reestruturado em 1970 —, com a criação da Secretaria de Saúde Pública, da Secretaria de Assistência Médica e das Delegacias Federais de Saúde.

Ainda em 1967, foram unificados os Institutos voltados à assistência médica e previdenciária, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social, vinculado ao Ministério do Trabalho, Previdência e Assistência Social. Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que englobou o INPS, Ipase, Sasse, além da LBA, Funabem e Ceme, gerando uma grande estrutura de políticas sociais estritamente vinculada ao governo Federal, que também era o principal financiador dessas políticas.

Em 1974, institui-se o Conselho de Desenvolvimento Social — presidido pelo presidente da República e secretariado pelo ministro-chefe da Secretaria de Planejamento. Este Conselho tinha como principais objetivos formular a política social e coordenar a ação dos Ministérios ligados às políticas sociais; deste movimento resultou a proposta de instalação do Sistema Nacional de Saúde. Finalizando este período de reformas, em 1977 foi criado instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – Simpas.

Observa-se que, após o golpe de 1964, instaurou-se uma estrutura de controle e gestão das políticas sociais fortemente centralizada e sob a tutela dos presidentes militares. A oposição ao regime militar já era organizada e atuante desde a segunda metade da década de 60, sendo que a centralização das políticas sociais configurou-se em importante instrumento de controle social para os governos militares. Esses crescentes graus de centralidade devem-se à existência de um contexto político em que as ações de governo de corte social funcionavam como mecanismos de controle e integração destinados a auxiliar a viabilização dos projetos de direção das coalizões governantes que se sucederam após o movimento militar de 1964 até o advento da Nova República (Silva, 1989). Todos esses atos, justificados como medidas de racionalização administrativa, reforçam o poder e a atuação do governo central.

Coube ao Ministério da Previdência organizar e oferecer a atenção médica, por meio de seus serviços próprios e dos contratados/conveniados.

Dessa maneira, toda a estrutura de assistência à saúde sofreu um forte abalo ao final da década de 70, quando ocorreu a chamada Crise da Previdência Social, reflexo de uma outra muito maior — a crise econômica e social gerada pelo retrocesso do chamado “Milagre Econômico Brasileiro”. Assim, o sistema de saúde, dependente em quase sua totalidade dos recursos da Previdência — do Tesouro da União — entrou em processo de crise que acelerou sua reestruturação.

Após o “Milagre Brasileiro” e por influência do fortalecimento das oposições ao regime militar, com o conseqüente enfraquecimento deste, iniciou-se no Brasil, o período conhecido como Abertura Democrática. Um dos primeiros eventos da redemocratização do país, em 1982, foram as eleições dos governos estaduais e municipais. Antes delas, outros fatores impulsionadores da abertura democrática já haviam ocorrido, como as greves dos metalúrgicos no ABC paulista e os movimentos populares de saúde na periferia da cidade de São Paulo, no final da década de 70.

Para os atores envolvidos na luta pelo fim do regime militar, a descentralização constituiu peça central da agenda reformista. Na Nova República, conforme Melo (1996), as duas matrizes engendraram uma coalizão frouxamente articulada, mas que logrou conferir um forte viés municipalista não só à Constituição de 1988, como também às diversas propostas de políticas setoriais desenvolvidas nas décadas seguintes, como na área da educação.

Diante do novo quadro, o governo Federal, embora já fragilizado, ainda detinha bastante poder através do controle do aparato burocrático e estatal. Assim, naquele novo momento político e em outra realidade socioeconômica, em que a sociedade buscava formas de organização, criando demandas, conflitos e interesses, surgiram os “Convênios Trilaterais” envolvendo o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, consubstanciados no Programa de Ações Integradas de Saúde — AIS, implementado em alguns Estados. Este programa é considerado um marco na descentralização das políticas de saúde, pois transferiu encargos do governo federal para os Estados, sendo

que a maior parte deles, como São Paulo, era governada pela oposição ao regime militar. As Ações Integradas de Saúde deram início à integração do setor público e, sobretudo, inseriram as Secretarias Estaduais e os municípios no processo (Almeida, 1995).

As AIS podem ser consideradas um dos componentes do processo, iniciado no final da década de 70, de associação da idéia de desmontar a estrutura centralizada em que se configuravam os sistemas de políticas sociais com a idéia da reconstrução democrática. Este ideário foi encampado pelos setores progressistas, de esquerda e liberais, que propunham o fim do antigo regime.

Nesse contexto, teve início, no Estado de São Paulo, o processo de descentralização no setor de saúde. Franco Montoro, eleito pelo PMDB, principal partido de oposição ao regime militar durante a década de 70, governava o Estado naquele momento. Em sua gestão, a Secretaria de Estado da Saúde, até então marginal na definição da política de saúde, aliou-se a outros atores, como o próprio Inamps, buscando alternativas para o modelo vigente, mediante a formulação de projetos centrados em modelos que tinham como pressupostos a descentralização e a universalização e que fizeram com que a Secretaria passasse a incorporar nos seus serviços a assistência médica, mudando seu papel no atendimento à população. Esta nova configuração não apenas transformou a concepção de assistência pública de saúde, mas também abriu caminho para uma nova forma de organização que privilegiou a descentralização e a integração dos serviços, preconizando o que deveria ocorrer em 1987, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – Suds (Junqueira, 1997).

Nesse cenário, inseriu-se, de forma marcante e decisiva, o Movimento da Reforma Sanitária, ou Movimento Sanitário, que lutou por uma nova política de saúde no país, sob a bandeira da universalidade, da integralidade, da equidade e da descentralização. Reformar a saúde significava, em grande medida para o movimento, reformar o Estado brasileiro. Este movimento consolidou-se em meados da década de 70 e, progressivamente, politizou a questão da saúde, procurando agrupar a

oposição ao regime autoritário com base em uma proposta reformadora e, à medida que foi ocupando os espaços políticos, começou a participar e interferir nos projetos e medidas que visassem a racionalidade do sistema.

O Movimento Sanitário teve como principal bandeira a criação de um novo sistema sob o princípio central de “Saúde: direito de todos e dever do Estado”, envolvendo universalização, integração, eqüidade e descentralização, com efetiva participação da comunidade. Surge então a proposta da Reforma Sanitária, com três diretrizes básicas: politização da questão saúde; alteração da Norma Constitucional; e mudança do arcabouço e das práticas institucionais (Almeida, 1995).

Em um primeiro momento, a partir de 1983, o movimento elegeu como estratégia política a defesa da implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS, para reformulação do setor Saúde. As AIS foram consideradas, pelo Movimento Sanitário, um avanço na reorientação das políticas de saúde, rumo à descentralização e à universalidade. A partir de então, já em 1987, o movimento formulou — em conjunto com as demais correntes em defesa da reforma da saúde e, também, com os governos estaduais comprometidos com a descentralização da saúde — a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde — Suds, como efetivo instrumento de descentralização do sistema de saúde. A criação do Suds preconizou, sobretudo, a quebra do centralismo e do poder isolado do Inamps, a estadualização de alguns de seus serviços e o reforço da inserção e da participação dos municípios no processo.

O Suds foi um momento privilegiado para os municípios, pois a transferência do poder de gerenciar a rede pública de saúde permitiu-lhes uma inserção no sistema como prestador de serviços de saúde. Porém, em decorrência das desigualdades regionais e da falta de vontade política de vários Estados em aderirem ao Suds, a ação do movimento da Reforma Sanitária centrou-se na construção de uma proposta única, nacional, que criasse um modelo a ser incorporado pelo país em sua totalidade. Dessa forma, a participação nos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte foi a

nova estratégia do movimento, apostando na mobilização dos movimentos, partidos políticos e parlamentares comprometidos com a reforma da saúde.

A Constituição Federal de 1988 e seus desdobramentos

A realização da Assembléia Nacional Constituinte, entre 1987 e 1988, configurou-se em um dos momentos mais férteis da democracia brasileira após o regime militar de 1964. Observou-se, nos corredores e no plenário do Congresso, a existência de um espaço de negociação, e de fazer política, raro nos períodos recentes da história do Brasil, em que os rumos do país foram negociados sob a pressão ora dos movimentos populares, ora dos *lobbies* de interesse organizados para acompanhar e influenciar os trabalhos da Assembléia Constituinte. Desse fórum resultou a nova Constituição Brasileira, cidadã para alguns, um entrave para o desenvolvimento do país para outros, mas inegavelmente uma peça fundamental na história econômica, política e social do país. Entre seus diversos capítulos, há aquele que determinou as linhas gerais do que viria a se configurar no novo sistema de saúde brasileiro. Draibe (1997) discute a configuração deste novo sistema, quando afirma que a Constituição de 1988 redefiniu o conceito de Seguridade Social, incluindo previdência, saúde e assistência social e tendo os seguintes princípios e objetivos: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços a toda a população; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; democratização e descentralização da gestão, com participação da comunidade.

É fundamental, ainda para Draibe (1997), que, em relação à saúde, o princípio da universalização da cobertura e atendimento seja o que mais se diferencia do sistema anterior, pois garante o acesso igualitário a toda a população, o que deveria ser afirmado também pelas futuras proposições em termos organizacionais — a definição de uma rede integrada, descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

Em suma, a Constituição de 1988 avançou ao reestabelecer o pacto federativo, considerando o município parte integrante da organização político-administrativa, ao lado da União, dos Estados e do Distrito Federal. Segundo Dowbor (1993), os municípios passaram a se posicionar na linha de frente de uma situação explosiva que exige intervenções ágeis em áreas que extrapolam as tradicionais rotinas de cosmética urbana, já que se trata de amplos projetos de infra-estrutura, políticas sociais e programas de emprego, envolvendo inclusive estratégias locais de dinamização das atividades econômicas. O município, enquanto ente federativo, ganhou autonomia para formular diversas políticas e criar sistemas locais, como o de saúde — permitindo-lhe inovar, criar saídas próprias —, sem perder de vista a articulação, necessária, com os demais níveis de governo.

Com relação à organização da política de saúde, o Movimento da Reforma Sanitária e os partidos de esquerda que atuaram na Constituinte obtiveram importantes vitórias ao conseguir registrar na Carta os princípios que defendiam para a organização do sistema de saúde brasileiro, em especial a universalidade e a descentralização das políticas, além da responsabilização do Estado em assegurar o acesso às condições de saúde, através do ditame inserido no texto constitucional: “Saúde, um direito de todos e um dever do Estado”.

As negociações e conflitos para consolidação da nova política não se encerraram com a nova Constituição. Além da criação do Sistema Único de Saúde e da estipulação de suas diretrizes, era necessário regulamentá-lo e torná-lo uma realidade. No período posterior à promulgação da nova Carta Constitucional, entre 1988 e 1997, o desenho da política de saúde brasileira foi submetido a uma série de ajustes que dariam forma, conteúdo e efetividade ao novo sistema.

Para que o SUS fosse regulamentado e a nova política de saúde brasileira pudesse ser desenvolvida, foram necessárias várias leis complementares, como a 8.080, de 12 de setembro de 1990, e a 8.142, de 28 de dezembro de 1990, além das Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde — NOB 001/91 e NOB 001/93 (que serão discutidas no próximo

tópico), que dispuseram sobre as atribuições e responsabilidades dos agentes públicos (governos nos diferentes níveis) e privados no novo sistema de saúde.

O processo de regulamentação do sistema de saúde obteve um significativo avanço com a promulgação da Lei 8.080/90, que: define o SUS enquanto um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas de todos os níveis de governo — com caráter complementar para a iniciativa privada; determina a atuação permanente na análise das condições de saúde e seus determinantes; atribui a responsabilidade pela formulação das políticas de saúde e pela assistência às pessoas; determina seus princípios e diretrizes, ressaltando-se, entre outros, universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, e articulação dos recursos financeiros, tecnologia, material e recursos humanos de todos os níveis.

A Lei Orgânica da Saúde, ou Lei 8.080/90, definiu, também, as atribuições e competências de cada nível de governo. Aos municípios, coube o gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde, criando os sistemas locais. Aos Estados, coube promover a descentralização dos serviços e ações de saúde, prestando apoio técnico e financeiro aos municípios. Apenas supletivamente os Estados executarão ações e serviços de saúde. Suas atribuições são, principalmente, acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS, bem como gestão dos sistemas públicos de alta complexidade, de referência regional e estadual.

Em dezembro de 1990, foi sancionada a Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Durante o governo de Fernando Collor de Mello (1990-92), porém, ocorreu uma paralisação no processo de descentralização das políticas de saúde. Nesse período, foram alteradas as relações entre as diferentes esferas de governo definidas no SUS, estabelecendo o pagamento pela produção dos serviços públicos de saúde. Essa alteração transformou os prestadores públicos —

Estados e municípios — em meros vendedores de serviços para a União. O que estava previsto para ser uma parceria transformou-se numa relação de compra e venda, configurando um movimento de recentralização, segundo Junqueira (1997).

O período das Normas Operacionais (NOBs) e o avanço do processo de municipalização da Saúde

A Norma Operacional Básica – NOB SUS 93, editada na gestão de Jamil Haddad, ministro da Saúde, do Governo Itamar Franco, procurou desmontar a lógica então prevalecente na relação entre União, Estados e municípios, que contradizia os princípios do SUS. Procurou-se, através dela, disciplinar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde para a construção do Sistema Único de Saúde. Sem desmontar o pagamento por produção — disfunção herdada do Governo Collor, mas que contava com apoio dos municípios por permitir o repasse dos recursos diretamente de Brasília, sem a intermediação dos governos estaduais —, foi instituída uma nova forma de relação com Estados e municípios, procurando retomar o processo de descentralização. Essa norma é o referencial do processo de implantação do SUS desde aquele momento, procurando sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e dos serviços, num esquema de transição com diferentes níveis de responsabilidade para os Estados e municípios e, por relação, do próprio nível federal. Arretche (1997) afirma que a NOB 93 fortalece a relação entre governo federal e municípios e supõe graus distintos de responsabilidade sobre a gestão dos serviços. A NOB 93 estabeleceu que a habilitação somente pode ocorrer por solicitação municipal, a qual pode se dar mediante três formas de adesão: a gestão incipiente; a gestão parcial; e a gestão semiplena dos serviços.

Cumpridos os requisitos básicos e aprovada a adesão dos municípios ao processo de municipalização das políticas de saúde, as cidades passam a ter uma série de atribuições na gestão de seu sistema local de saúde, que diferem de acordo com o modelo aprovado para o município.

A partir de janeiro de 1998, o sistema de saúde brasileiro foi submetido a uma profunda reestruturação, com a entrada em vigor de uma nova regulamentação, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996, a NOB 96². Essa nova norma foi editada na gestão de Carlos César Albuquerque a frente do Ministério da Saúde, mas as negociações acerca do seu conteúdo e forma tiveram início durante a gestão do ministro Adib Jatene, as duas ao longo do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso. A NOB 96 inicia-se com o dístico “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão” e com a citação aos marcos legais que a norteiam, ou seja, os princípios e diretrizes consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Com isso, reafirmam-se, ao menos formalmente, os princípios da universalidade, da equidade, da integralidade da assistência e da responsabilização do Estado pela saúde dos cidadãos.

Apesar da importância da reafirmação desses princípios, a mais significativa diretriz da NOB-96 consiste no radical avanço na responsabilidade dos municípios pela gestão da política de saúde: “A presente NOB tem por finalidade promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor de atenção à saúde de seus munícipes, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. Esse exercício compreende, portanto, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde, como, da mesma forma, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, a demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais. Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal” (NOB SUS 1996). Configura-se, então, um período no qual a descentralização das ações e dos serviços de saúde, no Brasil, passou a ser sinônimo de processo de municipalização.

² A Norma Operacional Básica SUS 01/96 foi editada em janeiro de 1997 e passou a vigorar em janeiro de 1998.

E municipalização, num país como o Brasil, composto por 5.507 municípios – entes autônomos da Federação, conforme determina a Constituição Federal –, ou mesmo no Estado de São Paulo, que conta com 645 cidades, é um processo que, certamente, apresenta inúmeras dificuldades e grande complexidade. Uma parte significativa desta complexidade deve-se ao fato de a municipalização significar não a mera determinação ao governo municipal de se responsabilizar pela prestação de serviços, mas sim a efetiva mobilização dos agentes do poder local — governo, comunidade, trabalhadores e empreendedores privados —, no sentido de atuarem no efetivo comando do novo sistema, exercendo o controle social na gestão da política e fazendo valer o interesse público na escolha de seus rumos.

Além disso, conforme lembram Abrúcio e Couto (1996), o debate acerca da reforma do Estado, demasiadamente centrado na discussão sobre os processos de mudança do aparato estatal da União, tem deixado de lado, de um modo geral, o estudo da dimensão municipal neste processo. É preciso lembrar que o Estado não se resume à sua dimensão central, a União, de modo que reformá-lo significa também redistribuir suas atribuições entre os três níveis de governo. A questão da municipalização da saúde reveste-se, ainda, de maior importância diante da discussão, sempre presente, sobre a redução do tamanho e da participação do Estado na sociedade, pressuposto do modelo neoliberal de Estado e que hoje faz parte do chamado “pensamento hegemônico”. Atribuir maior responsabilidade aos municípios na gestão da política de saúde não significa eximir o Estado brasileiro daquilo que reza a Constituição, em seu Artigo 196: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O Executivo municipal é tão Estado como a União e os governos estaduais, sendo que estes não podem se isentar, apesar da real transferência de atribuições e de autonomia para o gestor municipal, de sua

parcela de responsabilidade na condução da política de saúde, o que significa, em última medida, responsabilidade pela saúde dos brasileiros.

A NOB 96 avança mais ainda na responsabilização dos municípios pela gestão da política de saúde com a criação do SUS Municipal, que consiste em subsistemas, um para cada município, que devem responder pela totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde no âmbito do SUS. O SUS Municipal responde ainda pela relação entre o SUS e os estabelecimentos prestadores de serviços — sejam estatais ou privados — e sua gerência é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva da esfera municipal de governo.

Dentre as mudanças definidas pelo Ministério da Saúde através da edição da NOB 96, destaca-se a alteração nos modelos de gestão municipal da saúde. Essa nova normatização extingue os três modelos então vigentes (incipiente, parcial ou semiplena) e estabelece duas novas categorias distintas de gestão às quais os municípios podem se habilitar. Os modelos diferenciam-se em relação às responsabilidades que serão atribuídas ao gestor municipal em cada um deles, aos requisitos necessários para sua aprovação e às prerrogativas relativas a cada uma dessas modalidades. Os dois novos modelos são: *Gestão Plena da Atenção Básica*; e *Gestão Plena do Sistema Municipal*. O segundo modelo é mais complexo e exige maior capacidade do município em geri-lo do que o primeiro, mas nos dois formatos, transfere-se aos municípios, uma significativa parcela da responsabilidade pelas condições de saúde das populações.

Redefinindo também o papel dos Estados e da União na gestão do sistema, a NOB-96 determinava que estes seriam sempre co-responsáveis pelo SUS em suas respectivas competências ou na ausência da função municipal.

É inegável a ocorrência de transformações no SUS com a edição da NOB 96. A primeira mudança que se destaca é o significativo aumento na responsabilidade dos municípios pela condução da assistência e da atenção à saúde. Para um melhor entendimento desse fato, torna-se necessária a retomada dos conceitos de gerência e de gestão: gestão consiste na direção

de um sistema de saúde mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria; e gerência é a administração de uma unidade ou órgão de saúde que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema. Portanto, *gerir* é muito mais do que *gerenciar*.

Com a edição da NOB 96, muitas atividades passaram a ser *geridas* pelo poder municipal, muito mais do que determinava a NOB 93. Exemplificando, de acordo com a NOB 93, caberia aos municípios em gestão incipiente ou parcial, dentre outras atribuições, o controle e a avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares e o gerenciamento das unidades básicas públicas existentes no município. Com a NOB 96, o mínimo que se exige dos municípios habilitados — mesmo que no modelo de gestão plena da atenção básica, menos complexo — é que se responsabilizem pela gestão da assistência ambulatorial básica e pela gerência de todas as unidades básicas de saúde públicas, inclusive do Estado e da União. Observa-se, então, que o aumento da responsabilidade dos municípios significa que eles deixarão de exercer apenas atividades de *controle e avaliação*, assumindo atividades de *gerência* e, para aquelas atividades que lhes era reservada a *gerência*, a respondendo pela *gestão*.

Mudanças estruturais e de fluxo de recursos certamente ocorreram com a implantação da NOB 96, mas estas não foram as mais importantes. A centralidade da norma pode ser resumida num de seus trechos iniciais, quando determina que, “a partir deste ato, busca-se a plena responsabilização do poder público municipal pela gestão de um sistema de saúde que satisfaça às necessidades e garanta as condições de saúde de suas populações”. Ao mesmo tempo em que se atribuíram quase todas as responsabilidades ao gestor municipal, não ocorreram mudanças nos mecanismos de arrecadação de recursos para a sustentação dessa política, ou seja, foram descentralizados importantes componentes das políticas sociais, no caso a saúde, mas não a arrecadação dos impostos.

Com a criação do SUS municipal e o conseqüente aumento da responsabilização dos municípios quanto à gestão da política de saúde, fez-

se necessária a redefinição das atribuições dos Estados e da União na gestão do SUS. Quanto ao papel dos Estados, cabe a estes quatro atribuições básicas, que não são exclusivas ou seqüenciais:

- exercer a gestão do SUS no âmbito estadual;
- promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral;
- assumir em caráter transitório a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade;
- ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo assim o SUS-Estadual (NOB-SUS 1996).

Além de redefinir a inserção dos Estados e municípios no Sistema Único de Saúde, a NOB 96 redefiniu os mecanismos de financiamento das ações e serviços de saúde até então vigentes, na tentativa de reverter a lógica anterior, fundada na compra e venda de serviços entre a União e os demais prestadores do SUS, enquadrando-se nessa categoria, até então, os municípios. Nos moldes da NOB 93, revogada com a edição da NOB 96, apenas os municípios habilitados na gestão semiplena recebiam recursos via transferência regular e automática — fundo a fundo —, sendo os únicos a possuírem maior autonomia na gestão do sistema local de saúde. A NOB 96 objetivava reverter esta lógica, aumentando a participação da transferência fundo a fundo dos recursos federais a Estados e municípios e reduzindo a transferência por remuneração por serviços produzidos. O financiamento do SUS continuava de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma delas deveria assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo Fundo de Saúde.

No novo sistema de transferência de recursos passaram a existir o Incentivo ao Programa de Saúde da Família – PSF e o Incentivo ao Programa e Agentes Comunitários de Saúde – PACS. O primeiro consiste na criação de equipes de saúde em regime de dedicação exclusiva e que vivam no mesmo

local em que exercerão a atenção a uma comunidade entre 800 e 1.000 famílias, priorizando as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua (Ministério da Saúde, 1994). O Programa de Agentes Comunitários da Saúde objetiva — através da ação de lideranças locais, contratadas e capacitadas para atuarem como agentes visitantes na sua região — melhorar a capacidade da população de cuidar da sua saúde individual e da saúde de sua comunidade, transmitindo-lhes informações e conhecimentos (Ministério da Saúde, 1994).

O PSF significa uma reorientação na política de saúde e permite que as ações focalizem adequadamente os problemas, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde e aumentando a cobertura assistencial, em especial em áreas de baixa renda, onde a oferta é mais escassa. O PACS é considerado, nesta proposta de governo, um componente da estratégia de Saúde da Família.

A NOB 96 vigorou até 2001 e durante sua validade houve a transição da pasta do Ministério da Saúde de Carlos César de Albuquerque para José Serra, que foi seu titular até afastar-se, em 2002, para concorrer à sucessão de Fernando Henrique Cardoso na Presidência da República.

Regionalização da atenção à Saúde: o novo desafio do SUS

Conforme é possível verificar, diante do exposto, o processo de regulação do sistema de saúde brasileiro, entre a promulgação da Constituição Federal, em 1988, e o final da década de 90, em que vigoraram as NOBs 93 e 96, foi fortemente orientado para a descentralização da política através da municipalização das ações e dos serviços de saúde. Exitoso em princípio, o processo de municipalização passou a apresentar alguns limites e restrições, ao final da década, em especial naquilo que se refere à organização da atenção dos serviços regionais, de referência intermunicipal e de alta complexidade. Para reorganizar a atenção regional em sistemas de saúde não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora dos governos estaduais, o Ministério da

Saúde, ainda sob a gestão de José Serra e após cerca de um ano de debates que envolveram, além do ministério, as representações nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde e o Conselho Nacional de Saúde, editou, a princípio em 2001 e, numa edição aperfeiçoada, em 2002, a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002. Seus principais objetivos foram ampliar a responsabilidade dos municípios na atenção básica, estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizar critérios de habilitação dos Estados e municípios.

Dentre os principais aspectos e inovações advindas da implantação da NOAS, destaca-se a *diretriz de regionalização dos sistemas como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade*, através da elaboração do Plano Diretor de Regionalização – PDR, que se fundamenta na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, da conformação de redes hierarquizadas de serviços e do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (NOAS SUS 01/2002).

Considerando a regionalização um novo princípio e diretriz do processo de descentralização da saúde, a expectativa é de mudança no processo que anteriormente apontava para a municipalização, passando para o fortalecimento de uma perspectiva regional e intermunicipal para a assistência à saúde. Nesse novo conceito, as secretarias estaduais de saúde adquirem papel central no processo de estabelecimento de novos pactos intermunicipais e na distribuição dos recursos financeiros, uma vez que a antiga formulação de transferências baseadas em valores *per capita*s e por produção deverá passar a considerar também os municípios que são pólos de atendimento regional e que oferecem equipamentos para realização de procedimentos de alto custo e grande complexidade. Caberá aos Estados, de

acordo com a Programação Pactuada e Integrada – PPI, e dentro do limite financeiro estadual, prever a parcela dos recursos a ser gasta em cada município para cada área de alta complexidade, destacando a parte a ser utilizada com a população do próprio município e aquela a ser gasta com a população de referência.

Ainda segundo a NOAS, os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em gestão plena do sistema municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores. A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição, pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), de um limite financeiro para seu custeio, sendo que o Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos municípios-pólo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.

Nessa nova ênfase atribuída à regionalização e ao fortalecimento do papel do gestor estadual, destaca-se que caberá a este a coordenação da Programação Pactuada e Integrada, no âmbito do Estado, por meio do estabelecimento de processos e métodos que assegurem, dentre outras, a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema, mediante a adequação de critérios e instrumentos de alocação e pactuação dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências. A PPI, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação, pelo gestor estadual, de recursos federais da assistência entre os municípios, resultando na definição de limites financeiros para todos os municípios do Estado, independente da sua condição de habilitação.

A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando

mecanismos e instrumentos compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

Dessa maneira, é possível afirmar que o processo de descentralização da saúde viveu uma nova página com a edição das NOAS, uma vez que avançou do processo de municipalização para o de regionalização da saúde, compreendendo que nem todos os mais de 5.500 municípios brasileiros têm possibilidade ou necessidade de contar com um sistema de saúde completo, sendo que a tenção regionalizada pode se configurar numa forma mais racional e eficiente de organizar a atenção, os equipamentos e os serviços de alta complexidade e referência da Saúde. Porém, na gestão Serra à frente do Ministério da Saúde, o processo de regulamentação do SUS, do qual as NOBs e a NOAS fazem parte, não foi prioritário e não ocupou o topo da agenda do ministério nesse período. Especialmente no final da década de 1990 e no início dos anos 2000, a agenda prioritária do Ministério da Saúde consistiu numa série de programas e ações para dar maior visibilidade ao Ministério e à figura do ministro, que receberam o foco midiático e ajudaram a construir a imagem de bom gestor da Saúde que José Serra carrega e usou nas eleições de 2004, quando venceu o pleito para a prefeitura de São Paulo. Dentre esses programas e ações, podem ser listados:

- implantação em grande escala, por todo o território nacional, do Programa de Saúde da Família, através das prefeituras que receberiam repasses de recursos financeiros do Ministério se aderissem ao programa, o que significou uma prioridade à atenção básica na reorganização do sistema;
- quebra de patentes de medicamentos para tratamento da Aids e tratamento contínuo de algumas enfermidades, o que rendeu muita visibilidade, principalmente internacional, ao Ministério da Saúde. Além disso, o Ministério assumiu a distribuição de recursos para compra dos medicamentos de alto custo para tratamento da Aids, antes de responsabilidade exclusiva dos governos estaduais e das prefeituras;

- regulamentação da legislação que criou os medicamentos genéricos, diminuindo os custos dos remédios, medida recebida com muita simpatia, principalmente pelas camadas médias da sociedade que adquirem os medicamentos necessários para o tratamento de suas enfermidades;
- promoção de uma série de campanhas, nomeadas como Ações Estratégicas, que consistiam em exames para detecção de câncer de colo uterino ou catarata oftalmológica, cirurgias da próstata, acompanhamento de pacientes com agravos à saúde mental ou deficiência auditiva, terapia renal substitutiva, humanização do parto, dentre outras de menor visibilidade. Essas campanhas também foram estruturadas através de repasses de recursos do Ministério para Estados e municípios, sendo esses os responsáveis pela sua operacionalização.

Como é possível observar, a relação entre a União, através do Ministério da Saúde, Estados e municípios adquiriu uma nova roupagem durante a gestão Serra. Os Estados, em menor escala, mas principalmente os municípios tornaram-se indutores de uma série de ações e programas na verdade definidos pelo nível central, em Brasília. A agenda nacional da saúde, após atravessar mais de uma década pautada pela descentralização e municipalização do comando do sistema, foi submetida a um processo de reconcentração, no qual o Ministério, através do repasse de recursos financeiros, determinou os rumos daquilo que aconteceria nas cidades. Isso, em grande medida, deve-se à penúria financeira atravessada pela maioria dos municípios, que aceitaram a agenda ditada pelo nível central e passaram a pautar suas políticas prioritariamente em ações e programas que recebessem repasses de recursos financeiros da União.

A gestão Humberto Costa e a Saúde nos dois primeiros anos do Governo Lula

A vitória de Lula nas eleições de 2002 e sua posse no ano seguinte geraram significativa expectativa, relacionada, principalmente, à maneira como seriam conduzidas e geridas as políticas sociais em seu governo, bandeira histórica do Partido dos Trabalhadores, que havia apresentado bons resultados na condução dessas políticas nas prefeituras administradas pelo partido. Para a pasta da Saúde foi nomeado o médico pernambucano Humberto Costa, quadro do partido e antigo militante da Saúde. Apesar da expectativa gerada, não é possível apontar, nos dois primeiros anos da atuação de Humberto Costa, significativas diferenças na maneira de conduzir a política de saúde, especialmente naquilo que se refere à sua gestão, pelo menos até outubro de 2004, quando foi lançado, em Brasília, o *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil*, que procura imprimir uma marca própria do governo Lula à gestão da Saúde.

Deve-se mencionar que, ainda antes do lançamento do plano, a gestão Humberto Costa estabeleceu e implantou programas que foram definidos como prioritários, uma vez que haviam sido destaques de relevo no programa de governo apresentado por Lula durante a campanha eleitoral de 2002 – e explorados com muita visibilidade nas propagandas eleitorais de rádio e televisão. É possível destacar, entre esses programas³:

- Farmácia Popular do Brasil, criada pelo Governo Federal para ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Ficou a cargo da Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) a execução do programa, que consiste na compra de medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos, ou do setor privado, se necessário, para disponibilizá-los à população a baixo custo, exclusivamente nas unidades das Farmácias Populares;

³ A descrição e o conteúdo dos programas foram obtidos através de *folders* divulgados pelo Ministério da Saúde, juntamente com o documento do Plano Nacional de Saúde.

- unificação nacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), no âmbito do SUS, que funciona, nos municípios, a partir da integração entre uma central telefônica, ambulâncias médicas e setores de emergência dos hospitais contratados e conveniados ao sistema. É previsto, no Samu, que os telefonemas de urgência, padronizados no número 192, sejam atendidos por um médico regulador que diagnosticará o caso e decidirá pelo atendimento mais adequado, que poderá ser desde conselhos de primeiros-socorros, até o deslocamento de uma equipe de UTI móvel para prestar o primeiro atendimento no local. Para viabilizá-lo, o Ministério da Saúde distribuiu, nos últimos dois anos, ambulâncias de suporte avançado, também denominadas de UTI móveis, para as prefeituras dispostas a aderir ao programa;
- aquisição de novos equipamentos, reforma de unidades hospitalares e aperfeiçoamento do atendimento à população na rede SUS através do QualiSUS, previsto para ser concluído até 2005, e iniciado como projeto-piloto em seis hospitais do Estado do Rio de Janeiro;
- implantação do programa de saúde bucal denominado Brasil Sorridente, que estabeleceu como meta a implantação de 400 Centros de Especialidades Odontológicas, em todo o país. Esses centros serão responsáveis pelo atendimento clínico especializado que não puder ser executado nas unidades básicas e deverá contar com um laboratório de próteses dentárias, para execução de serviços protéticos.

Ainda não é possível avaliar o êxito desses programas e seu impacto na qualidade de vida da população. Porém, de maneira muito semelhante à ocorrida na gestão Serra, pode-se diagnosticar que o Ministério, no lugar de apostar na radicalização do SUS enquanto sistema, através da descentralização e do aperfeiçoamento da sua gestão, optou por um conjunto de ações de grande visibilidade perante a sociedade e a mídia, embora, para essa última, os resultados não tenham ocorrido conforme o governo esperava, pois uma das principais críticas à gestão Humberto Costa é a

ausência de visibilidade, ou seja, a falta de cobertura midiática para suas realizações. Essas ações, porém, são de impacto muito duvidoso no que se refere à efetiva implantação dos princípios norteadores do SUS, como universalidade, equidade, integralidade, descentralização da gestão, hierarquização da atenção e controle social.

Essas bandeiras foram retomadas, ao menos enquanto princípios norteadores, no Plano Nacional de Saúde, apresentado à sociedade em outubro de 2004, que consiste num documento de intenções políticas, diagnóstico, estratégias, prioridades e metas para a política nacional de saúde, devendo ser submetido na íntegra aos respectivos conselhos de saúde. Segundo o Plano, sua expressão busca “apresentar objetivamente as intenções e os resultados a serem buscados no período de 2004 a 2007, traduzidos em objetivos, diretrizes e metas estabelecidos em consonância com as necessidades apontadas pela XII Conferência Nacional de Saúde, e que constituíssem referência para os gestores e para o controle social do SUS” (Plano Nacional de Saúde, 2004).

Em sua operacionalização, o plano estabelece a necessidade de articulação com uma agenda estratégica para a melhoria da saúde no país, que deve ser compreender a revisão do atual modelo de financiamento, uma política de investimentos voltada à redução das desigualdades no Brasil e a efetivação de um pacto de gestão junto aos gestores das três esferas dos SUS (União, Estados e municípios). Dessa maneira, o plano prevê o alcance daqueles que foram estabelecidos como seus principais objetivos: “promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando a redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e promovendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados” (Plano Nacional de Saúde, 2004).

No que se refere à sua gestão, verificam-se avanços no entendimento de que o plano somente será viável num ambiente de efetiva pactuação entre União, Estados e municípios, na lógica do estabelecimento

de um pacto de gestão, no qual sejam revistos o processo de relacionamento intergestores e a afirmação de compromissos pela melhoria da atenção à saúde e pela superação das desigualdades sociais. Para tanto, um amplo corolário de iniciativas prioritárias foi traçado pelo Ministério da Saúde, na verdade áreas de atuação para as quais o plano estabelece uma série de ações, metas a serem alcançadas e que deverão ser avaliadas anualmente, nos seguintes temas:

- ampliação do acesso a medicamentos com ênfase na implantação do projeto de farmácias populares;
- qualificação da atenção à saúde (Qualisus);
- saúde bucal;
- saúde mental;
- saúde da mulher;
- controle da hanseníase e tuberculose;
- incremento do sistema de transplantes;
- implantação do serviço civil profissional em saúde;
- investimentos em saneamento;
- garantia de maior suficiência do SUS na produção de hemoderivados, imunobiológicos e fármacos;
- saúde indígena;
- monitoramento, avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros transferidos a Estados, municípios e Instituições no âmbito do SUS;
- regulamentação da Emenda Constitucional 29;
- aprovação do Plano Nacional de Saúde;
- qualificação da gestão e regionalização no SUS;
- aprimoramento da qualidade da assistência prestada pelos planos de saúde privados.

O plano, bastante audacioso pelo elevado número de áreas que pretende atingir, reafirma os programas que já haviam adquirido relevo nos primeiros anos da gestão Humberto Costa, como Farmácias Populares, Samu, QualiSUS e Brasil Sorridente, e seus resultados poderão ser avaliados

apenas dentro de alguns anos. Entretanto, mais uma vez a estruturação do sistema não recebeu o merecido destaque e, assim, não foi estabelecida a maneira como ocorrerá o necessário pacto de gestão entre as três esferas do SUS (União, Estados e municípios) condição precípua para o êxito do plano – uma vez que as ações que detalham seus princípios deverão ser realizadas pelos três gestores – e única forma de fazer com que o sistema possa se aproximar de seus princípios norteadores e fundadores para efetivamente melhorar a oferta e os serviços de saúde e contribuir na redução das desigualdades.

Numa análise do sistema e da organização da saúde ao longo da trajetória descrita nesse capítulo, é inegável que a formatação de um sistema de saúde brasileiro viveu seus momentos mais intensos e profícuos ao longo das décadas de 80 e 90, com o início do processo de descentralização da Saúde, a criação do SUS na Constituição de 1988 e sua regulamentação com as Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.124/90 (que regula o controle social e a participação da comunidade no SUS), além do período das NOBs, no qual a descentralização foi regulamentada e adquiriu contornos de municipalização. Durante esse período, houve efetivo aumento na autonomia dos municípios para a criação de seus próprios sistemas de saúde, tornando a municipalização uma realidade e possibilitando o surgimento de experiências inovadoras e positivas em todo o Brasil, como foi reconhecida aquela desenvolvida em Santos. Porém, logo surgiram as dificuldades para que a municipalização se sustentasse, tais como a crônica crise financeira atravessada pelos municípios, a dificuldade de assegurar, com a alternância de poder, a manutenção e o aprimoramento das experiências, além da necessidade de se avançar na regionalização da atenção à saúde, uma vez que a maioria dos 5.500 municípios brasileiros não possui condições ou mesmo a necessidade de montar um sistema de saúde completo em seu território, desde que a atenção regional regule a referência e a contra-referência dos serviços, especialmente aqueles de alto custo e complexidade, com o ressarcimento, estabelecido através de pactos, para as cidades que atendem a população de municípios do seu entorno.

Esse cenário de, entre outros fatores, crônica deficiência financeira das prefeituras municipais foi agravado com a edição da Lei de Responsabilidade Fiscal, em maio de 2000, que estabeleceu um teto máximo para o gasto público com pessoal, atingindo a capacidade dos municípios de ampliar seus investimentos em saúde, área na qual a maior parcela dos gastos, descontados os investimentos iniciais para construção e aquisição de equipamentos, é destinada à despesa com pessoal. Essa lei tornou os municípios mais dependentes dos recursos financeiros transferidos pela União através do Ministério da Saúde, e que, conforme visto anteriormente, são atrelados a programas e ações cujo caráter estratégico e prioritário não é estabelecido localmente, mas sim em Brasília, tolhendo a autonomia e a possibilidade de surgimento de gestões inovadoras nos municípios, num processo que pode ser classificado de reconcentração do poder, em sentido diametralmente oposto da desconcentração verificada nas décadas anteriores.

Esse processo de reconcentração do processo decisório é resultado e reflexo do esvaziamento da Saúde como uma questão política. Conforme foi verificado ao longo do capítulo, desde o movimento da Reforma Sanitária, que associou a descentralização da saúde ao processo de redemocratização do país em pleno período do regime militar, assim como toda a movimentação política em torno da Assembleia Nacional Constituinte e na primeira metade da década de 90, quando a saúde ocupava o topo da agenda da reforma das políticas públicas no Brasil, as questões que cercavam o tema eram amplamente politizadas e isso foi bom para o SUS e para o Brasil, uma vez que havia ampla pressão política e mesmo social, através do Conselho Nacional de Saúde e de representações como o Conass (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e o Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), para que o SUS fosse efetivamente implantado e se tornasse uma realidade.

O que se verificou a partir da segunda metade da década de 90 foi um esvaziamento da saúde enquanto questão política, o que não foi revertido nem nos dois anos iniciais do governo Lula, a despeito da expectativa gerada

nesse sentido, uma vez que seu partido esteve à frente do processo de Reforma Sanitária e da mobilização política pela Assembleia Nacional Constituinte, além de ter desenvolvido algumas das mais bem-sucedidas experiências municipais na área da saúde. Sem dúvida uma das principais causas desse esvaziamento é a lógica de Estado, que submete as políticas públicas à política econômica, influenciando o processo de descentralização da política pública de saúde brasileira nos últimos anos, o que os setores da sociedade que defendem o SUS e a implantação de políticas sociais para alterar o quadro de desigualdade que marca a sociedade brasileira não conseguiram reverter.

CAPÍTULO III – SANTOS ATRAVÉS DE INDICADORES SOCIOECONÔMICOS E DE SAÚDE

Este capítulo foi elaborado a partir do levantamento de dados secundários em centros de informação e pesquisas do Brasil e do Estado de São Paulo — Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) —, assim como nos órgãos gestores de políticas públicas — Ministério e Secretaria de Estado da Saúde. Sua finalidade é explorar as bases de dados e estudos socioeconômicos que tratem da situação do município, desvendando sua realidade e características.

O uso de dados secundários para o conhecimento de realidades complexas reveste-se de importância cada vez maior na área das ciências sociais, pois é impensável, nos dias de hoje, a separação entre estudos quantitativos e qualitativos. Para a apreensão de determinada realidade, é necessário contemplar a análise de seus diferentes aspectos e facetas. Os dados secundários servem para caracterizar um fenômeno em estudo, evidenciar suas especificidades, compará-lo, verificar seu comportamento em um período, ou ainda revelar desigualdades infraterritoriais e identificar territórios ou populações em situação de vulnerabilidade e risco social. Em suma, no caso de estudos de cidades, os dados secundários permitem conhecer vários aspectos de sua realidade sem a necessidade de realizar verificações “in loco”, servindo assim como ferramenta fundamental para que se analise determinado município.

A Região Metropolitana da Baixada Santista

Para melhor conhecimento da realidade e das condições da cidade de Santos, apresenta-se, preliminarmente, a situação socioeconômica, em linhas gerais, da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), da qual Santos é o município-sede e concentra parcela significativa dos empregos e

equipamentos públicos, em especial aqueles de alta complexidade em saúde. Segundo levantamento realizado pela Fundação Seade, como componente do estudo sobre o Índice Paulista de Responsabilidade Social,⁴ a RMBS possuía, em 2002, a terceira maior taxa de crescimento populacional do Estado de São Paulo, destacando-se como uma das áreas de maior expansão. Entre 2000 e 2002, a população cresceu a um ritmo de 2% ao ano, chegando a 1,5 milhão de habitantes, o que corresponde a 4% da população do Estado. Um aspecto importante é o predomínio de mulheres, que, na região, representa a maioria da população, com uma razão de sexos, indicador tradicional da área da demografia, da ordem de 93,8 homens para cada 100 mulheres, segunda menor razão do Estado, perdendo apenas para a Região Metropolitana de São Paulo.

A RMBS tem em Santos sua sede e maior pólo populacional, concentrando 27% dos moradores da região (Tabela 1). Essa sede, conforme será detalhado posteriormente, apresenta relativa estabilidade quanto ao número de habitantes e praticamente não expandiu na última década. Dessa maneira, o crescimento populacional da região aconteceu em outros municípios, como Bertioga, Guarujá, Itanhaém e Praia Grande.

Ainda segundo o estudo divulgado pela Fundação Seade, a RMBS vem registrando, nos últimos anos, significativas alterações na sua estrutura etária, seguindo tendência estadual, com menor proporção de crianças ou mesmo redução no número absoluto, maior população em idade ativa e proporção crescente de idosos, pressionando tanto o mercado de trabalho como os serviços públicos da região.

⁴ Disponível em <http://www.seade.gov.br> ou <http://www.al.sp.gov.br>.

Tabela 1 – População Residente
Região Metropolitana da Baixada Santista e Municípios
2000-2004

Abrangência	Período				
	2000	2001	2002	2003	2004
Região Metropolitana da Baixada Santista	1.473.912	1.502.226	1.531.461	1.561.658	1.592.860
Bertioga	29.771	32.265	34.969	37.899	41.075
Cubatão	108.135	109.907	111.707	113.538	115.398
Guarujá	264.235	270.370	276.648	283.071	289.643
Itanhaém	71.694	74.253	76.904	79.649	82.493
Mongaguá	34.897	36.304	37.768	39.292	40.876
Peruíbe	51.237	53.178	55.192	57.282	59.453
Praia Grande	192.769	200.084	207.676	215.556	223.735
Santos	417.975	419.304	420.638	421.976	423.318
São Vicente	303.199	306.561	309.959	313.395	316.869

Fonte: Fundação Seade.

O Índice Paulista de Responsabilidade Social, indicador composto elaborado pela Fundação Seade através da compilação de taxas de riqueza municipal, escolaridade e longevidade, revela que a RMBS possui os mais elevados índices de riqueza do Estado, em comparação com as demais regiões. Entretanto a região apresenta os piores indicadores de longevidade e classifica-se entre as quatro regiões do Estado com menores índices de escolaridade da população. Revela-se, dessa maneira, uma região injusta socialmente, uma vez que a riqueza produzida no local não resultou em melhoria nas condições de saúde e de escolaridade da população. De maneira geral, essa situação se reflete na cidade de Santos que, entre as demais da região, é aquela que possui melhor situação nos indicadores do IPRS e, também, concentra parcela significativa dos empregos e dos serviços públicos e privados de saúde e de educação, atraindo parcela significativa de contingentes populacionais para a vida na sede regional, seja oferecendo sua mão-de-obra, seja utilizando-se dos serviços disponíveis na cidade.

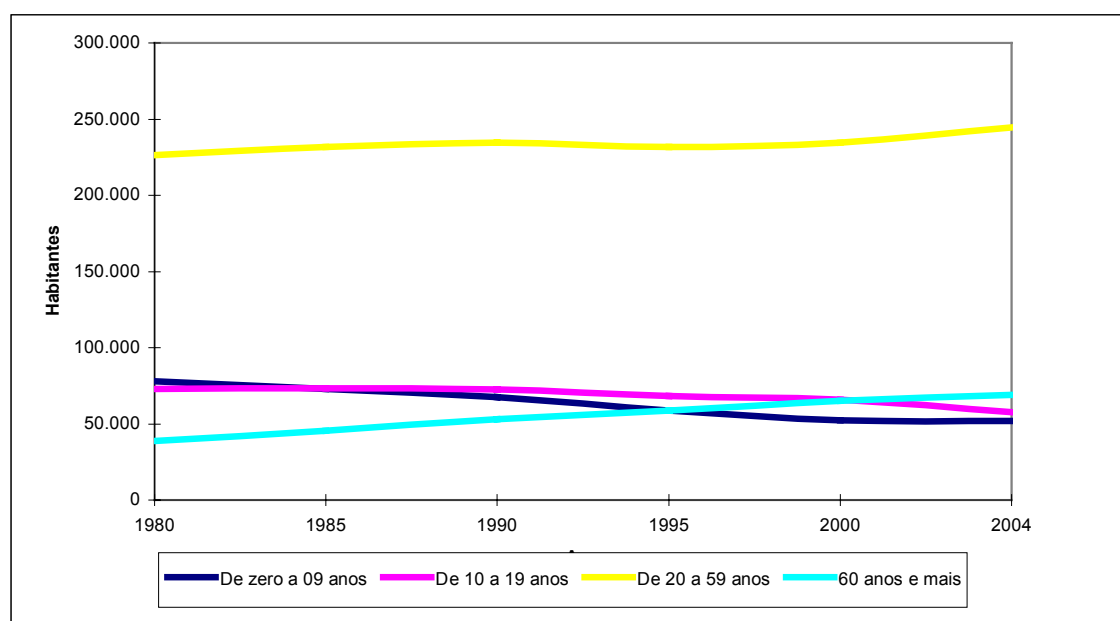
Com relação à economia local, a indústria de transformação e o setor terciário, reflexo da atividade portuária e da movimentação do segmento de turismo, são os principais setores econômicos da RMBS. A produção

agropecuária da região é incipiente. Segundo resultados da Pesquisa da Atividade Econômica Paulista (Paep), também realizada pela Fundação Seade, as atividades industriais da região, medidas pelo valor adicionado, são altamente concentradas em três setores: fabricação e refino de petróleo e álcool; fabricação de produtos químicos; e metalurgia básica.

As pessoas

Santos contava, em 2004, com uma população de 423.318 habitantes — 195.464 homens e 227.854 mulheres. Nesse mesmo ano, a cidade possuía uma população de 52.074 crianças entre zero e 9 anos (12,3%); 57.670 adolescentes entre 10 e 19 anos (13,6%); 244.531 adultos entre 20 e 59 anos (57,8%); e 69.043 pessoas com idade acima de 60 anos (16,3%). O Gráfico 1 mostra o comportamento desses segmentos etários nas últimas décadas.

**Gráfico 1 – População Residente, segundo Faixas Etárias
Município de Santos
1980-2004**



Fonte: Fundação Seade.

Verificam-se, na análise do comportamento dos segmentos etários da população santista, significativa redução do contingente de crianças e

adolescentes, crescimento vegetativo da população adulta e visível envelhecimento populacional. Em 2004, observa-se maior número de pessoas com idade superior a 60 anos do que de crianças e adolescentes. Esse perfil etário indica a necessidade de intervenções articuladas, em nível local, voltadas aos idosos, que envolvam, especialmente, políticas públicas de saúde e assistência social, além de ações que visem a qualidade de vida da população e que possam ser promovidas não apenas pelo poder público, mas também pela comunidade, organizações não-governamentais e universidades.

Segundo estimativa da Fundação Seade, a população cresceu, entre 1980 e 1991, a uma taxa anual de 0,25%. Nos períodos subseqüentes, expansão foi de 0,02%, entre 1991 e 2000, e de 0,32%, de 2000 a 2004. Dessa maneira, na perspectiva da gestão pública, o crescimento populacional é muito pequeno na cidade, não pressionando as políticas governamentais e a oferta de serviços. A população rural na cidade é praticamente inexistente, próxima a 0,5% do contingente total, sem alterações significativas entre 1980 e 2004.

Dados obtidos através do Censo Demográfico 2000⁵ revelam que 99,4% dos moradores da cidade possuíam abastecimento de água com canalização interna, 92,9% dispunham de coleta de esgoto e 99,5% dos domicílios tinham coleta residencial de lixo. Esses dados indicam que os gestores públicos precisam investir em ações de saneamento para pequenas parcelas da população, porém, apesar disso, essa ação deve ser prioritária, uma vez que significa, além da qualidade de vida, relação direta com a saúde da população, especialmente as crianças residentes em domicílios sem condições satisfatórias de saneamento básico.

⁵ Fonte: IBGE.

Indicadores da Rede de Saúde

A caracterização da rede de saúde da cidade Santos exige uma consideração inicial, que será discutida com maior propriedade em vários capítulos desse estudo: a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, sistema de saúde brasileiro, prevê participação do setor privado em complemento ao público, enquanto fornecedor de serviços. Santos aderiu, no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde, ao modelo de gestão Plena do Sistema, o que significa que toda a rede municipal de saúde, tanto pública quanto privada, está sob gerência do poder público municipal para tudo aquilo que se refere ao SUS, inclusive o pagamento pela prestação de serviços aos prestadores privados, incluindo filantrópicos e conveniados ao sistema.

Santos contava, em julho de 2003, com uma rede de 93 unidades conveniadas ao SUS, composta por 21 centros de saúde, duas policlínicas, sete ambulatorios de unidade hospitalar, duas unidades mistas de saúde, um pronto-socorro especializado, 24 unidades não especificadas (equipamentos para atenção básica), além de dez clínicas especializadas, cinco centros/núcleos de atenção psicossocial, três centros/núcleos de reabilitação, 15 serviços de diagnose e terapia (atendimento especializado), uma unidade móvel para atendimento odontológico, uma unidade de vigilância sanitária e uma unidade do programa de saúde da família. Dentre esses serviços, 61 são próprios do município (64,9% do total), três são filantrópicos, 13 privados com fins lucrativos, dois estaduais e 15 sindicais. Dividindo-se o número de unidades básicas (21 centros de saúde, 24 unidades não especificadas, sete ambulatorios hospitalares e uma unidade do PSF) pela população do município, verifica-se que Santos possuía, em 2003, uma unidade para cada 7.937 habitantes, podendo ser considerada uma oferta razoável, desde que esteja bem distribuída geograficamente para acesso da população, o que não costuma ocorrer em cidades com grandes desigualdades socioeconômicas entre suas diferentes regiões, como acontece em Santos, que tem em sua área Noroeste a maior concentração de pessoas em situação de risco e vulnerabilidade. No entanto, é possível afirmar com segurança que apenas

dez clínicas especializadas não é número ideal para atender à demanda da população SUS, diante do porte da rede e da dimensão do município.

A produção dessa rede, em 2003, foi de 9.215 milhões de consultas, entre atendimentos básicos (41,7%), especializados (39,5%) e de alta complexidade (18,8%). Assim, traduzindo-se em valores, Santos recebeu R\$53,215 milhões do SUS pelos serviços ambulatoriais, referentes ao pagamento pela produção da sua rede básica — um valor *per capita* de R\$126,51/ano.

A rede hospitalar conveniada ao SUS em Santos,⁶ em julho de 2003, era composta por cinco hospitais (três filantrópicos, um estadual e outro municipal), que perfaziam um total de 1.309 leitos, sendo 967 deles conveniados ao SUS:

- Hospital dos Estivadores, filantrópico, com 64 leitos, sendo 32 deles conveniados ao SUS;
- Hospital Municipal, com 172 leitos, todos conveniados ao SUS;
- Hospital Guilherme Álvaro, estadual, com 239 leitos, todos conveniados ao SUS;
- Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência, filantrópico, com 100 leitos, sendo dez deles conveniados ao SUS;
- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos, filantrópico, com 734 leitos, sendo 514 conveniados ao SUS.

Quanto à especialidade, do total de 1.309 leitos, (conveniados ou não), 400 foram classificados como clínica cirúrgica, 119 de obstetrícia, 584 de clínica médica, 25 de psiquiatria, 20 de fisiologia e 161 de pediatria. Além desse cômputo, havia, ainda, 109 leitos de UTI — 73 leitos de UTI geral, 18 de UTI pediátrica e oito de UTI neonatal.

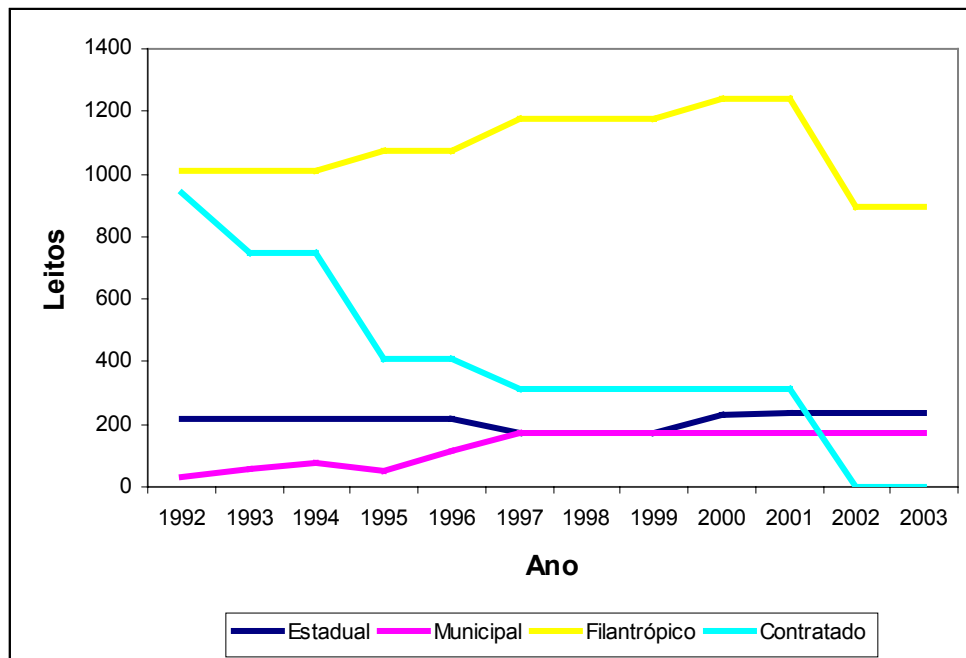
Excluindo-se os leitos de psiquiatria, os 942 leitos conveniados ao SUS perfazem um indicador de 2,2 leitos por mil habitantes. Este coeficiente, para o Estado de São Paulo, em 2003, era de 1,97 leitos por mil habitantes, uma oferta ligeiramente inferior àquela verificada em Santos, apesar desse

⁶ As informações sobre a capacidade física da rede hospitalar SUS em Santos foram obtidas na

indicador ser comprometido pelo fato da cidade ser um pólo de atendimento regional e receber moradores de municípios próximos para internação em seus hospitais, conforme será discutido ainda nesse capítulo. A soma dos leitos existentes nos hospitais da rede SUS (1.284 leitos conveniados ou não, exceto os de psiquiatria) com os leitos da rede privada perfaz uma oferta de, aproximadamente, 3,04 leitos por mil habitantes na cidade de Santos. Esse indicador, porém, sofre da limitação de que esses leitos são utilizados, em sua maioria, por populações distintas — SUS e não SUS, além do fato anteriormente abordado do atendimento a moradores de outros municípios.

Importante salientar que esses 1.309 leitos existentes na rede hospitalar conveniada ao SUS já foram em número superior em períodos anteriores, conforme dados divulgados pelo Ministério da Saúde. Em 1992, primeiro ano para o qual se dispunha de informações, havia 2.193 leitos nesses hospitais, oferta que foi reduzida gradativamente até 1995, quando chegou a 1.757 leitos, mantendo-se estável até 2002 e alcançando o patamar de 1.309 leitos, em 2003. Essa situação é mais bem compreendida analisando-se o Gráfico 2, que apresenta série histórica do número de leitos, segundo o prestador do hospital.

**Gráfico 2 – Leitos Existentes nos Hospitais Conveniados com o SUS
Município de Santos
1992-2003**



Fonte: Ministério da Saúde.

A significativa diminuição no número de leitos existentes nos hospitais conveniados com o SUS em Santos, entre 1992 e 2003, deve-se à saída do sistema, ou redução da oferta, de hospitais contratados (com fins lucrativos) ou filantrópicos. Os hospitais com fins lucrativos, por exemplo, que chegaram a possuir quase 1.000 leitos, em 1992, reduziram esse número gradativamente ao longo da década e simplesmente deixaram de fazer parte do sistema entre 2001 e 2002. Essa diminuição não foi um fenômeno isolado no município. Ao longo da década de 90, os hospitais contratados em todo o Brasil registraram redução de sua participação no SUS. As motivações para esse comportamento foram diversas.

Um primeiro grande movimento de decréscimo no número de leitos ocorreu na metade da década de 90, quando foi realizado um grande trabalho de consistência nos cadastros da rede hospitalar conveniada ao SUS, na gestão de Adib Jatene no Ministério da Saúde. Nesse período, o Ministério realizava o pagamento pela prestação de serviços, na maioria dos municípios

brasileiros, diretamente aos hospitais. Estes prestavam o atendimento à população e emitiam um documento conhecido como Autorização de Internações Hospitalares – AIH, e sendo que, para autorizar, o Ministério contava com um precário cadastro hospitalar, no qual era informado, além de dados administrativos como o número do CNPJ do hospital, a quantidade de leitos existentes em cada estabelecimento e a parcela que oferecia serviços à população através do SUS. Dessa maneira, para que o Ministério remunerasse um hospital pela realização, por exemplo, de uma cirurgia, esse estabelecimento deveria conter leitos equipados para tal finalidade.

O referido trabalho de consistência realizado na gestão Jatene verificou que havia uma superestimativa no registro de leitos, principalmente nos hospitais privados com fins lucrativos. Esses cadastros foram atualizados e, a partir de 1995, as informações tornaram-se mais próximas à real oferta de leitos à população através do SUS.

Outro fator que levou à diminuição da participação do setor privado, nesse caso especialmente o setor filantrópico, foi a crise de financiamento das santas-casas e demais instituições sem fins lucrativos espalhadas pelo Brasil. Criadas originalmente para que fossem mantidas por instituições religiosas os filantrópicas, de uma maneira gradual esses estabelecimentos se tornaram dependentes dos repasses do Ministério da Saúde para o custeio de suas despesas. As crises de financiamento do setor público enfrentadas na década de 90, a opção por políticas que privilegiam o superávit nas contas públicas, em detrimento das políticas sociais, conforme já discutido no Capítulo II, e a ausência de uma fonte de financiamento perene para a saúde (parcialmente saneada pela Emenda Constitucional 09, que vincula parcela das receitas das esferas públicas ao financiamento da saúde) provocaram graves crises financeiras nos hospitais filantrópicos, muitas vezes levando a restrições no atendimento ou simplesmente ao fechamento de diversos estabelecimentos.

A rede privada também foi diminuída no SUS, ora pela insatisfação manifestada pelos gestores de hospitais com fins lucrativos pelos valores sempre insuficientes (na opinião dos controladores desses hospitais) da

tabela de remuneração de procedimentos adotada pelo sistema, ora pelo descredenciamento, por iniciativa do Ministério da Saúde, de estabelecimentos envolvidos em fraudes, como superfaturamento ou mesmo emissão de AIHs sem que houvesse ocorrido qualquer internação.

Esse conjunto de fenômenos não é exclusivo de Santos, mas é inegável que a população SUS dependente foi submetida a uma redução na oferta de serviços no período em relevo.

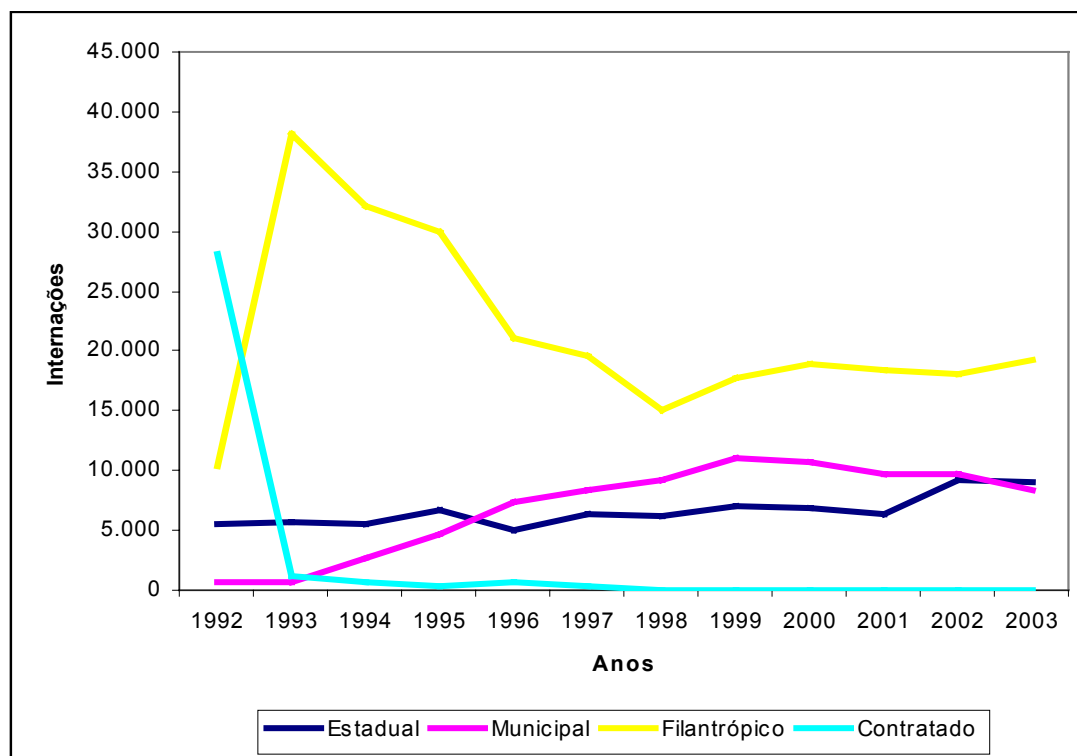
Quanto às internações hospitalares, a rede conveniada ao SUS em Santos realizou um total de 36.560 internações, em 2003, segundo dados do Ministério da Saúde. Esses serviços, faturados ao SUS pelo município, renderam à cidade repasses de R\$ 23.274 milhões, num valor médio de R\$636 por internação. Dentre essas internações, 11.903 foram realizadas em leitos de cirurgia (32,6% do total, valor médio de R\$ 1.019 por internação), 6.629 ocorreram em leitos de obstetrícia (18,1% do total, valor médio de R\$ 344 por internação), 12.120 em leitos de clínica médica (33,2% do total, valor médio de R\$ 455 por internação), 303 em leitos de psiquiatria (0,8% do total, valor médio de R\$ 750 por internação), 158 em leitos de fisiologia (0,4% do total, valor médio de R\$ 712 por internação) e 5.447 em leitos de pediatria (14,9% do total, valor médio de R\$ 550 por internação).

Assim como a oferta de leitos, Santos também registrou redução significativa no número de internações hospitalares realizadas pelo SUS, entre 1992 (primeiro ano para o qual existem dados disponíveis), quando foram realizadas 44.702 internações, e 2003. Conforme é possível verificar no Gráfico 3, mais uma vez os prestadores filantrópicos e contratados (com fins lucrativos) foram aqueles que em maior medida diminuíram sua produção.

É provável que a inversão de tendências entre os prestadores filantrópico e contratado, verificada no Gráfico 3 para 1993, deva-se à reclassificação de algum hospital contratado em filantrópico, fenômeno comum que assegura uma série de benefícios fiscais para o estabelecimento. Porém, nos anos próximos, o fenômeno que mais sobressai é a diminuição da produção desses dois prestadores, certamente trazendo prejuízos à

população SUS dependente. Destaca-se positivamente a atuação do prestador municipal, pouco representativo, em 1992, que tornou-se importante na realização de internações hospitalares, especialmente após 1995.

**Gráfico 3 – Internações Hospitalares Realizadas pelo SUS
Município de Santos
1992-2003**



Fonte: Ministério da Saúde.

Para melhor compreensão da realidade hospitalar do SUS em Santos é necessário salientar que seus dados sofrem influência da parcela de moradores de outros municípios que lá são internados. Entre as 37.033 internações SUS realizadas em Santos, em 2002,⁷ 59,4% foram de moradores da cidade, e o restante de habitantes de cidades vizinhas ou mesmo de outros centros, perfazendo uma taxa de invasão de internações hospitalares da ordem de 40,6%. Em Santos ocorreram 7.462 internações de moradores de São Vicente, 3.107 de Praia Grande, 1.757 do Guarujá, 1.103 de Cubatão, 470 de Mongaguá, 368 de Itanhaém, 306 de Peruíbe, 104 de

⁷ Último ano que existem informações disponíveis para permitir o cálculo, realizado pelo autor.

Bertioga, 51 de São Paulo e 41 de Itariri, citando apenas os dez primeiros casos. As especialidades que mais atraíram pessoas de outros municípios aos hospitais de Santos foram psiquiatria (invasão de 77,8%), tisiologia (invasão de 60,9%), clínica cirúrgica (44,7%) e obstetrícia (44,3%). Essa informação mais uma vez evidencia a importância de Santos como pólo regional e confirma a urgência da regionalização do atendimento hospitalar e a consolidação das redes de referência e contra-referência, segundo a proposta do Ministério da Saúde, constante da Norma Operacional da Assistência a Saúde – Noas, conforme apontado no Capítulo II.

Apesar da importância de Santos como centro regional e da sua capacidade instalada para prestação de serviços, pequena parte da sua população também foi internada em outras cidades, em 2002. Do conjunto de habitantes que necessitaram ser internados pelo SUS (21.989 internações), nesse ano, 95,6% obtiveram acesso ao serviço no próprio município, perfazendo, então, uma taxa de evasão de internações hospitalares de 4,4%. Entre aqueles que foram assistidos fora da cidade, 406 internações ocorreram em São Paulo, 116 em São Vicente, 93 no Guarujá, 77 em Campos do Jordão (todas em leitos de tisiologia), 70 em Cubatão, 55 em Itapira (52 delas de psiquiatria), 41 em Bertioga, 24 em Campinas, 19 em Praia Grande e 15 em Bauru (14 delas para cirurgias), citando os dez municípios mais procurados. Observando esse conjunto de internações pela especialidade, as maiores proporções de evasão dos moradores de Santos foram para leitos de tisiologia, psiquiatria e clínica cirúrgica, evidenciando que, ao migrar de sua cidade para procurar atendimento hospitalar, o santista necessitou de atendimento especializado ou de alta complexidade, com o qual ele não pôde contar nos limites de sua cidade, sendo encaminhado para outros centros de excelência.

Portanto, a taxa de invasão é substancialmente mais significativa em Santos do que a de evasão, e o gestor das políticas locais deve conviver e adaptar-se a essa realidade, que trará menores implicações ao município apenas quando as redes de atendimento regionalizado tornarem-se formais e

houver renegociação dos tetos de internação dos municípios, levando-se em consideração a realidade das cidades-pólo, como Santos.

Indicadores de Saúde

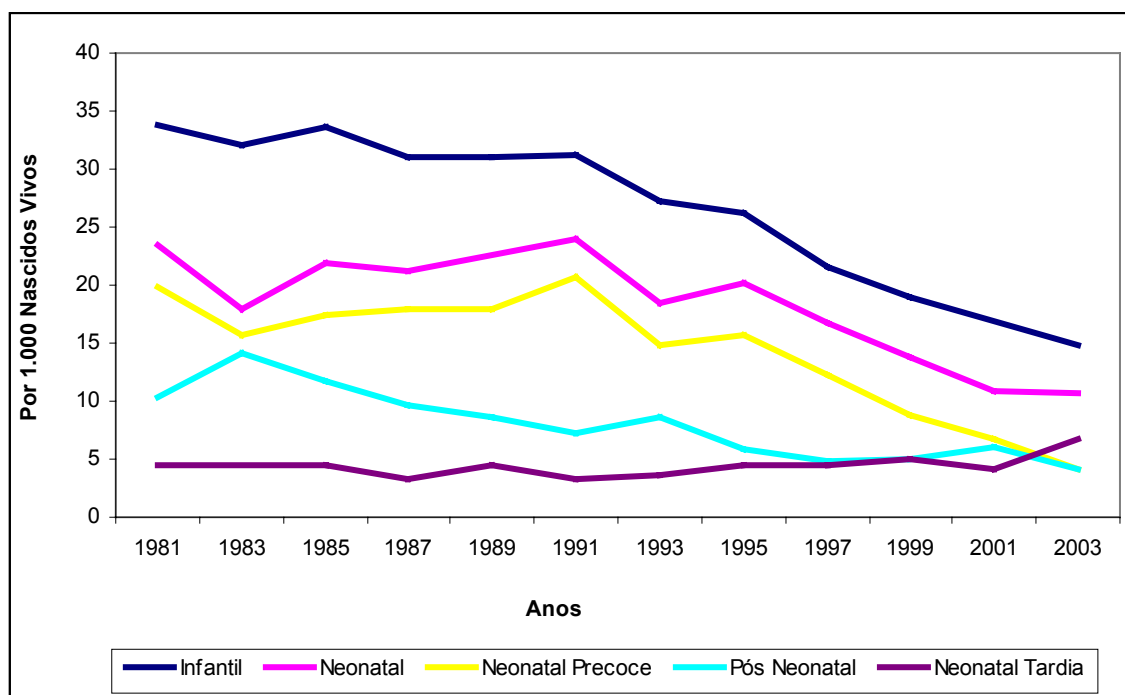
O principal indicador de saúde, indiscutivelmente, é a taxa de mortalidade infantil (óbitos de crianças menores de um ano), que sofre reflexo do atendimento pré-natal recebido pela gestante e até mesmo da sua escolaridade, das condições de realização do parto, da assistência ao nascituro e da criança no primeiro ano de vida, assim como das condições sanitárias locais (água, saneamento básico, coleta de lixo) e de más condições de vida em segmentos sociais específicos. A mortalidade infantil em Santos, em 2003, foi de 80 casos, em números absolutos, perfazendo uma taxa de mortalidade infantil de 14,8 óbitos por mil nascidos vivos. Em termos de comparação, a mesma taxa no Brasil e no Estado de São Paulo foi de 27,4 (2001) e 14,9 óbitos (2003), respectivamente.⁸ Apesar de baixa, segundo classificação adotada pela Organização Panamericana da Saúde – OPAS⁹ e quando comparada com a do Brasil, a taxa de mortalidade infantil em Santos está muito próxima daquela registrada para o total do Estado, sendo que, para uma cidade com suas características e recursos, poderia esperar-se uma taxa menor. Esse fenômeno pode ser mais bem compreendido através da análise do Gráfico 4, que apresenta o comportamento da taxa de mortalidade infantil em Santos, no período 1980-2003, segundo seus componentes. Observa-se que Santos obteve avanços na redução da taxa de mortalidade infantil nas duas últimas décadas do século passado (de 33,8 casos por mil nascidos vivos, em 1981, para 14,8, em 2003), reduzindo-a para menos da metade, com exceção do componente neonatal tardia, que se manteve praticamente estável, com aumento entre 2001 e 2003. Verifica-se, também, que o ritmo de queda passou a ser mais

⁸ Ministério da Saúde e Fundação Seade.

⁹ As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas como *altas* (50 por mil ou mais), *médias* (20-49) e *baixas* (menos de 20). Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPS/OPAS. Indicadores e Básicos para a Saúde no Brasil. Brasília: OPAS, 2002.

acentuado depois de 1991, mantendo a tendência de redução até períodos mais recentes e com expressivas melhoras registradas entre 2001 e 2003.

**Gráfico 4 – Taxas de Mortalidade Infantil, segundo Componentes
Município de Santos
1980-2003**



Fonte: Fundação Seade.

A mortalidade neonatal (óbitos de menores de 28 dias) apresentou a mesma tendência de redução, porém, em 2003, entre os componentes que formam a taxa de mortalidade infantil, foi o que registrou a maior parcela de óbitos (10,7 casos por mil nascidos vivos). Essa taxa é influenciada, especialmente, pela qualidade do atendimento pré-natal e do parto e ao recém-nascido. Assim, para reduzir mais ainda a mortalidade infantil, Santos precisa identificar os problemas no atendimento médico e hospitalar das gestantes.

Ainda analisando-se o Gráfico 4, verifica-se que a taxa de mortalidade neonatal precoce (óbitos de menores de sete dias), assim como os demais componentes, também registrou redução, porém em ritmo mais acentuado, apresentando 4,1 óbitos por mil nascidos vivos, em 2003. Diminuiu também a taxa de mortalidade pós-neonatal (28 dias até um ano),

com 4,1 casos por mil nascidos vivos, em 2003. Com relação a essa taxa, observam-se desde 1995, oscilações, registrando ora reduções, ora aumentos, sem significativas mudanças de patamar nesse período. Como esse indicador sofre reflexo das doenças que assolam as crianças nessa fase da vida, como as diarreicas e respiratórias, os gestores de saúde da cidade necessitam identificar a ocorrência desses óbitos para intervir no meio-ambiente e nas condições de atendimento hospitalar dessas crianças, para que não ocorram mais óbitos evitáveis e para que a taxa possa ser ainda mais reduzida.

Por fim, em termos da mortalidade infantil, discute-se a taxa neonatal tardia (óbitos de 7 a 27 dias), que registrou, em 2003, 6,7 casos por mil nascidos vivos, valor superior àquele verificado em 1981 (4,5 óbitos). Além disso, ao longo do período analisado, essa taxa teve comportamento errático, apresentando oscilações positivas após 1995. Essa taxa é normalmente associada às más condições de saúde da mãe e à insatisfatória assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido e, assim sendo, identifica-se um grave problema em Santos. Seria necessária a vigilância desses óbitos – pelas características da cidade, com suas áreas de vulnerabilidade e pobreza muito concentradas territorialmente – para possibilitar uma maior atenção às gestações e aos nascimentos de riscos, assim como oferecer um melhor atendimento hospitalar com recursos de terapia intensiva.

Enfim, para que a taxa de mortalidade infantil de Santos seja ainda mais reduzida, são necessários identificação das gestações de risco, social ou de saúde, universalização do atendimento pré-natal de qualidade e investimento nas condições para o nascimento e atendimento hospitalar no primeiro ano de vida, especialmente para as populações mais vulneráveis e expostas a riscos.

Quanto aos demais indicadores de mortalidade, destaca-se que o total de óbitos ocorridos no município, em 2002, foi de 3.873 casos, perfazendo uma taxa de 9,3 óbitos por mil habitantes. Entre as crianças, as principais causas de óbito são as Doenças Infecciosas e Parasitárias (entre 1 e 4 anos) e Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (entre 5 e 9 anos),

que exigem políticas de acompanhamento das condições de saúde das crianças de Santos e adoção urgente de medidas preventivas/educativas contra acidentes domésticos e de trânsito, além do investimento em serviço de atendimento de urgência/emergência, necessidade verificada também para a população adolescente (entre 10 e 19 anos) que morre, na sua maioria, em consequência de Causas Externas e Neoplasias. Entre a população adulta, as principais causas de óbito também são as Doenças Infecciosas e Parasitárias e Neoplasias (entre 20 e 49 anos), Neoplasias e Doenças do Aparelho Circulatório (entre 50 e 64 anos). As principais causas de óbito da população idosa (65 anos e mais) são Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias e Doenças do Aparelho Respiratório.

A morbidade hospitalar pode ser verificada por meio da distribuição das internações realizadas pelo Sistema Único de Saúde, em Santos, segundo os capítulos da CID (10^a revisão) e a faixa etária. Constata-se que, entre os menores de um ano, as principais causas de internação são as Doenças do Aparelho Respiratório e Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal. Para as crianças de um a nove anos, as principais causas de internações são Doenças do Aparelho Respiratório e Lesões, Envenenamentos e Outras Consequências de Causas Externas, mais uma vez evidenciando a necessidade de atenção para o grave problema da violência, dos acidentes domésticos e de trânsito. Os adolescentes são internados, principalmente, por Gravidez, Parto e Puerpério e também por Lesões, Envenenamentos e Outras Consequências de Causas Externas, revelando quais os principais cuidados e campanhas preventivas que devem ser desenvolvidas para os jovens. Entre a população adulta, as principais causas de internação também são Gravidez, Parto e Puerpério (entre 20 e 49 anos) e Doenças do Aparelho Circulatório (entre 50 e 64 anos). As principais causas de internação da população idosa são Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Geniturinário.

Considerando-se o perfil etário da população santista e seu quadro de morbidade, é possível identificar os principais desafios lançados aos gestores da saúde no município. Santos enfrenta o processo de transição

demográfica, que pode ser verificado pelo envelhecimento populacional, num ritmo mais acentuada que para o Brasil ou o Estado de São Paulo, tendo como principal causa sua característica litorânea, que atrai populações idosas que procuram a cidade para viver após o fim do ciclo produtivo, normalmente a custa de aposentadorias e auxílios familiares. O envelhecimento populacional provoca impacto nos serviços de saúde, como pode ser observado nos dados de morbidade hospitalar, que indicam o predomínio das internações em razão de doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho geniturinário. Além da transição demográfica, chama a atenção o elevado número de internações motivadas por lesões, envenenamentos e outras causas externas, que podem ser consideradas sintoma de uma epidemia, que assola, especialmente, os grandes centros urbanos, como Santos, São Paulo e Campinas, entre outras localidades, e que não pode passar despercebida para os gestores da saúde.

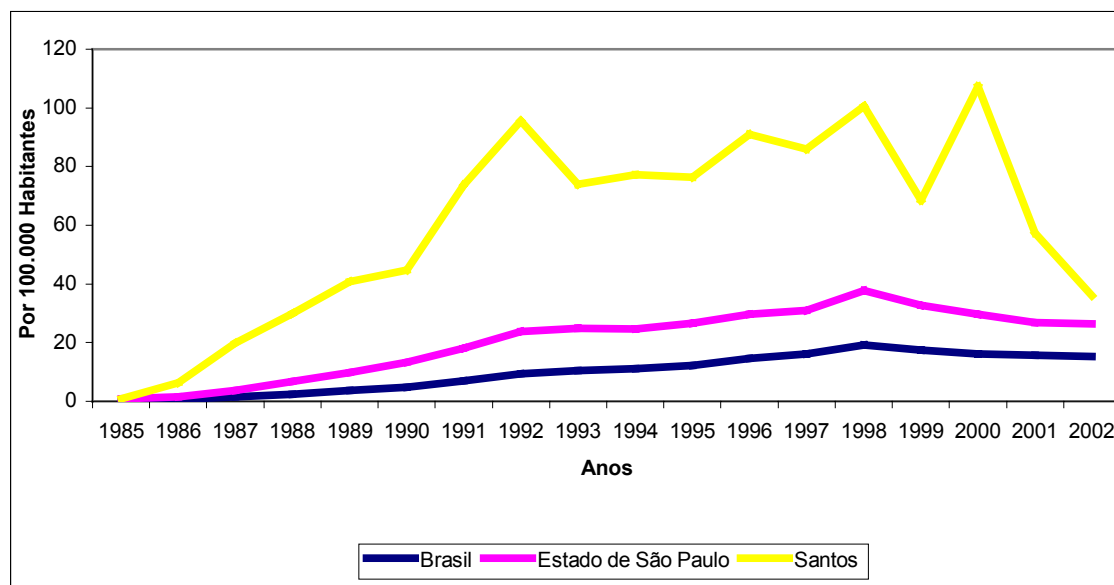
Aids

A epidemia de Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) surgiu, no Brasil e no mundo, em meados da década de 80, cercada de ignorância e preconceitos alimentados pelo senso comum. A princípio alcunhada de *peste gay*, uma vez que os primeiros casos registrados ocorreram entre homossexuais masculinos, logo a doença expandiu-se através da contaminação por via sangüínea – em hemofílicos, usuários de drogas injetáveis ou heterossexuais que praticassem sexo sem proteção de preservativos, o que derrubou, ao menos para o mundo científico, a conotação homossexual da doença, alcançando números de tal magnitude que logo colocaram a epidemia no topo da agenda da saúde pública.

Santos, cidade portuária, com alto fluxo e passagem de estrangeiros, marinheiros e viajantes, além da atividade de prostitutas, típica de localidades portuárias, logo ganhou destaque no cenário nacional como o município brasileiro com o maior coeficiente de Aids, tornando, dessa maneira, o cenário da epidemia ainda mais grave e seu combate mais urgente, diante

das proporções adquiridas. Além da prostituição, verifica-se em âmbito mundial que a epidemia de Aids dissemina-se principalmente em corredores de transportes, sendo os portos os lugares preferencialmente atingidos. A política pública de prevenção e tratamento da Aids em Santos, será discutida no capítulo sobre *as políticas de saúde em Santos*, porém, na caracterização do município ora traçada, faz-se necessário destacar os dados do Gráfico 5 que, ao comparar os coeficientes de Aids do Brasil, do Estado de São Paulo e de Santos ao longo de uma série histórica, revelam sua gravidade. Conforme observa-se, já a partir de 1986 o coeficiente de casos de Aids, por 100 mil habitantes, tornou-se superior ao registrado tanto para o Estado como para o Brasil. Além disso, o ritmo de disseminação da epidemia, em Santos, foi significativamente mais acentuado, ao longo dos anos, do que em São Paulo e no Brasil, alcançando seu pico em 1992, quando o coeficiente da doença se estabilizou e apresentou pequenas variações até 2001, quando seguramente é possível afirmar que a epidemia passou a retroceder.

**Gráfico 5 – Coeficientes de Casos Notificados de Aids
Brasil, Estado de São Paulo e Município de Santos
1985-2002**



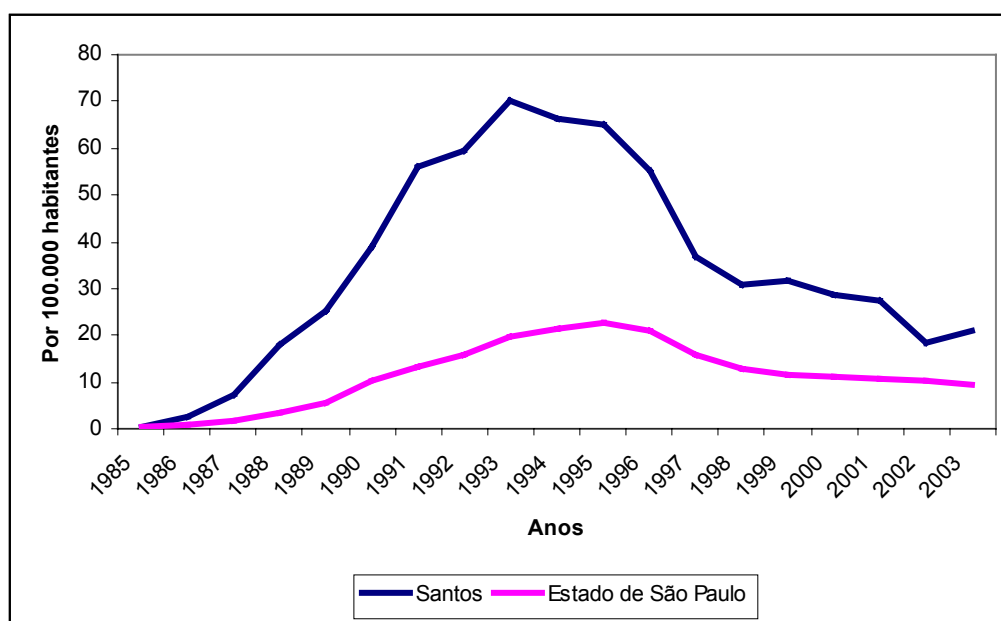
Fonte: Ministério da Saúde; Fundação Seade.

Toda cautela é necessária na análise de dados estatísticos de doenças de notificação compulsória, como a Aids, uma vez que a notificação tardia tradicionalmente subdimensiona os dados epidemiológicos para os períodos mais recentes. É seguro afirmar, porém, que as políticas preventivas, como a distribuição de seringas para os usuários de drogas injetáveis, e a adoção de medidas educativas, além da distribuição de medicamentos de última geração, como os antivirais e o coquetel de combate aos sintomas da Aids, reduziram os impactos da doença no município, o que pode ser comprovado pelo Gráfico 6, que apresenta os dados da mortalidade pela doença na cidade e no Estado.

O coeficiente de mortalidade por Aids registrado em Santos é superior ao do Estado em todo o período analisado (Gráfico 6), apresentando picos nos primeiros anos da década de 90. A tendência se inverte nos anos seguintes, e a taxa decresce, mantendo-se praticamente estável entre 2000 e 2003, quando há ligeira elevação. Sem dúvida essa melhoria na situação foi provocada pela firme ação dos gestores locais da saúde, política deflagrada no início dos anos de 90 e posteriormente adotada pelo Ministério da Saúde como referência nacional para o tratamento da epidemia, que consistia num

conjunto articulado de ações curativas, preventivas e educativas, formando um amplo leque que perpassava a distribuição de medicamento, o tratamento adequado ao doente e, até mesmo, ações voltadas à redução de danos em usuários de drogas, que compreendiam, entre outras ações, a distribuição de seringas para os usuários de drogas injetáveis.

Gráfico 6 – Coeficientes de Mortalidade por Aids
Estado de São Paulo e Município de Santos
1985-2003



Fonte: Fundação Seade.

Apesar do êxito inicial no combate à epidemia, o coeficiente de mortalidade por Aids ainda se mantém superior ao do Estado e deixou de diminuir no mesmo ritmo verificado na primeira metade da década de 90, chegando mesmo a registrar aumento entre 2002 e 2003, o que deve significar um alerta para as autoridades de saúde locais.

Transferências de recursos financeiros do Ministério da Saúde

A cidade de Santos recebeu de transferências do Ministério da Saúde, para gestão do SUS, um montante de R\$ 48.149 milhões, em 2001, valor posteriormente elevado para R\$ 53.839 milhões, em 2002, e R\$ 62.933

milhões, em 2003, o que representa, nesse último ano, um repasse de R\$150 por habitante e um acréscimo de 30,8%, em relação a 2001.

Detalhando-se essa transferência, no ano-base de 2003, têm-se os seguintes valores: R\$ 18.023 milhões (28,6%) em remunerações por serviços produzidos, ou seja, depósito realizado pelo Ministério da Saúde diretamente no Fundo Municipal de Saúde – FMS, como pagamento por serviços ambulatoriais e hospitalares realizados em equipamentos próprios do município ou para que a prefeitura remunerasse os prestadores de serviços contratados/conveniados ao SUS (uma vez que o município se encontra em gestão Plena do Sistema e, nessa modalidade, é responsável pelo pagamento aos prestadores de serviço em seu território); R\$ 31.933 milhões (50,7%) transferidos ao FMS como pagamento de assistência de média e alta complexidade (realizados em equipamentos municipais ou para remuneração de prestadores de serviços); R\$ 7.712 milhões (12,3%) referentes à atenção básica – PAB, montante calculado através de um valor, determinado pelo Ministério, multiplicado pela população do município, acrescido de valores que o município passa a perceber quando adere ao Programa de Saúde da Família e para realizar ações de vigilância à saúde; e R\$ 5.325 milhões (8,45%) para a realização de ações estratégicas, ou seja, aquisição de medicamentos de alto custo ou para tratamento de agravos de alta complexidade, além de campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde e que tiveram a adesão do município. Ressalte-se que a cidade, ao desenvolver esses programas, recebe do Ministério um aporte extra nas transferências para atenção básica, que deixam de ser calculadas apenas através do PAB.

Embora o montante de recursos transferidos do Ministério para a cidade de Santos seja bastante considerável, tanto em números absolutos quanto em valores *per capita*, a maior parcela desse dinheiro vem “carimbada”, ou seja, serve para a remuneração de serviços produzidos ou para que o município desenvolva programas e ações prioritárias estabelecidas em Brasília. Essa é uma das maiores críticas formuladas ao processo de descentralização da saúde que, ao atribuir maior

responsabilidade aos municípios pela formulação e gestão da política local, mantém essas amarras no que se refere à transferência de recursos financeiros, restringindo a autonomia local. Consiste, na verdade, numa “descentralização centralizada”.

Gasto municipal em saúde

Antes de analisar o gasto público municipal em saúde, em Santos, é necessário relembrar que, conforme registrado no Capítulo II, ao longo do processo de criação e regulamentação do SUS, um novo sistema de saúde foi redesenhado, impondo a necessidade de se reequilibrarem as novas atribuições dos entes federativos na gestão da política e, principalmente, de serem estabelecidas garantias para um financiamento estável e suficiente para o custeio da assistência à saúde das populações das diferentes localidades brasileiras. Dessa maneira, e com a finalidade de assegurar a vinculação de recursos para o necessário dispêndio em saúde, em setembro de 2000 foi aprovada, pelo Congresso Nacional, a Emenda Constitucional n. 29 – EC 29, que definiu os percentuais das receitas da União, dos Estados e dos municípios, que deverão ser destinados a ações e serviços públicos de saúde. A primeira exigência para o êxito desse processo referiu-se ao estabelecimento e à definição de uma base vinculável de recursos, sobre a qual seria calculado o percentual mínimo do gasto em saúde dos entes federativos.

Para os municípios, essa base vinculável deverá ser formada por impostos próprios e transferências constitucionais, ou seja, calculada através das seguintes receitas:

Receita de Impostos Próprios

Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU

Imposto sobre a Transmissão *Inter Vivos* de Bens Imóveis – ITBI

Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS

Imposto de Renda Retido na Fonte pelo Município – IRRF

Dívida Ativa Tributária de Impostos Municipais

Receita de Impostos Transferidos pela União e pelo Estado

Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM

Cota-Parte do Imposto sobre Propriedade Rural – ITR

Transferências Lei Complementar no. 87/86 – Lei Kandir

Cota-Parte do ICMS

Cota-Parte do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA

Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI Exportação

Além de estabelecer a base vinculável de recursos orçamentários, a EC 29 determinou os percentuais mínimos dessas receitas que deverão ser gastos em saúde pelos municípios, iniciando-se num patamar mínimo de 7%, em 2000, e aumentando para 8,6% em 2001, 10,2% em 2002, 11,8% em 2003, até atingir 15% em 2004.

Com relação às despesas, a Resolução n. 316, do Conselho Nacional de Saúde (04 de abril de 2002), definiu o universo de atividades que compõem as ações e os serviços públicos de saúde, para fins de acompanhamento e fiscalização do cumprimento da Emenda Constitucional. Segundo a Resolução, “consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas realizadas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e capital, financiadas pelas três esferas de governo e relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam aos critérios de universalidade e gratuidade no atendimento, que estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde e que sejam de responsabilidade específica do setor saúde”.

Dessa maneira, não deverão ser computados como gastos em saúde o pagamento de aposentadorias e pensões, a assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade, merenda escolar, saneamento básico (exceto quando associado diretamente ao controle de vetores), limpeza urbana e preservação do meio ambiente e ações de assistência social não vinculadas à saúde e não promovidas pelos órgãos de saúde do SUS. Desse cômputo, para que se conheça o montante do gasto em saúde realizado com receitas próprias do município, devem ser subtraídas as transferências efetuadas pela União e pelos Estados.

É possível utilizar dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops, do Ministério da Saúde – MS, como fonte de dados para acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde. Com relação ao gasto municipal em saúde de Santos, os dados do Siops revelam que, em 2003, a prefeitura obteve como receitas de impostos e transferências constitucionais legais o montante de R\$ 407.817 milhões. Desse total, R\$ 70,125 milhões foram gastos em saúde com recursos próprios, ou seja, 17,2% da despesa do município com recursos próprios foi realizada em saúde, perfazendo um gasto de R\$ 167,71 por habitante.

Dessa maneira, é possível afirmar que Santos já se adaptou ao patamar mínimo de gasto em saúde estabelecido pela EC 29, que foi de 11,8%, em 2003, situando-se, mesmo, em patamar superior àquele esperado para 2004, que é de 15%. Apesar disso, um município com suas particularidades, como a existência de desigualdades infraterritoriais, o fato de se constituir em referência regional, o ainda elevado coeficiente de casos de Aids, entre outros fatores, limitam o alcance desse indicador. Mais que o gasto quantitativo, Santos necessita gastar com equidade, ou seja, privilegiando aqueles que mais necessitam e se encontram em situação de risco e vulnerabilidade social e de saúde.

Heterogeneidade intramunicipal: áreas de vulnerabilidade e exclusão social

Como costuma ocorrer na maioria das cidades complexas, Santos não pode ser analisado apenas como uma totalidade, sem que se revelem as desigualdades e a heterogeneidade intramunicipal, identificando e localizando as regiões mais carentes e vulneráveis do ponto de vista social e econômico. Essa perspectiva é fundamental no conhecimento das realidades complexas que compõem as grandes cidades e decisiva para a gestão pública com excelência, balizada nos princípios da equidade e da justiça social. Estudo pioneiro nesse sentido foi o Mapa da Inclusão e da Exclusão Social na Cidade de São Paulo¹⁰, realizado pela PUC-SP, em parceria com a prefeitura municipal, no início dos anos 90.

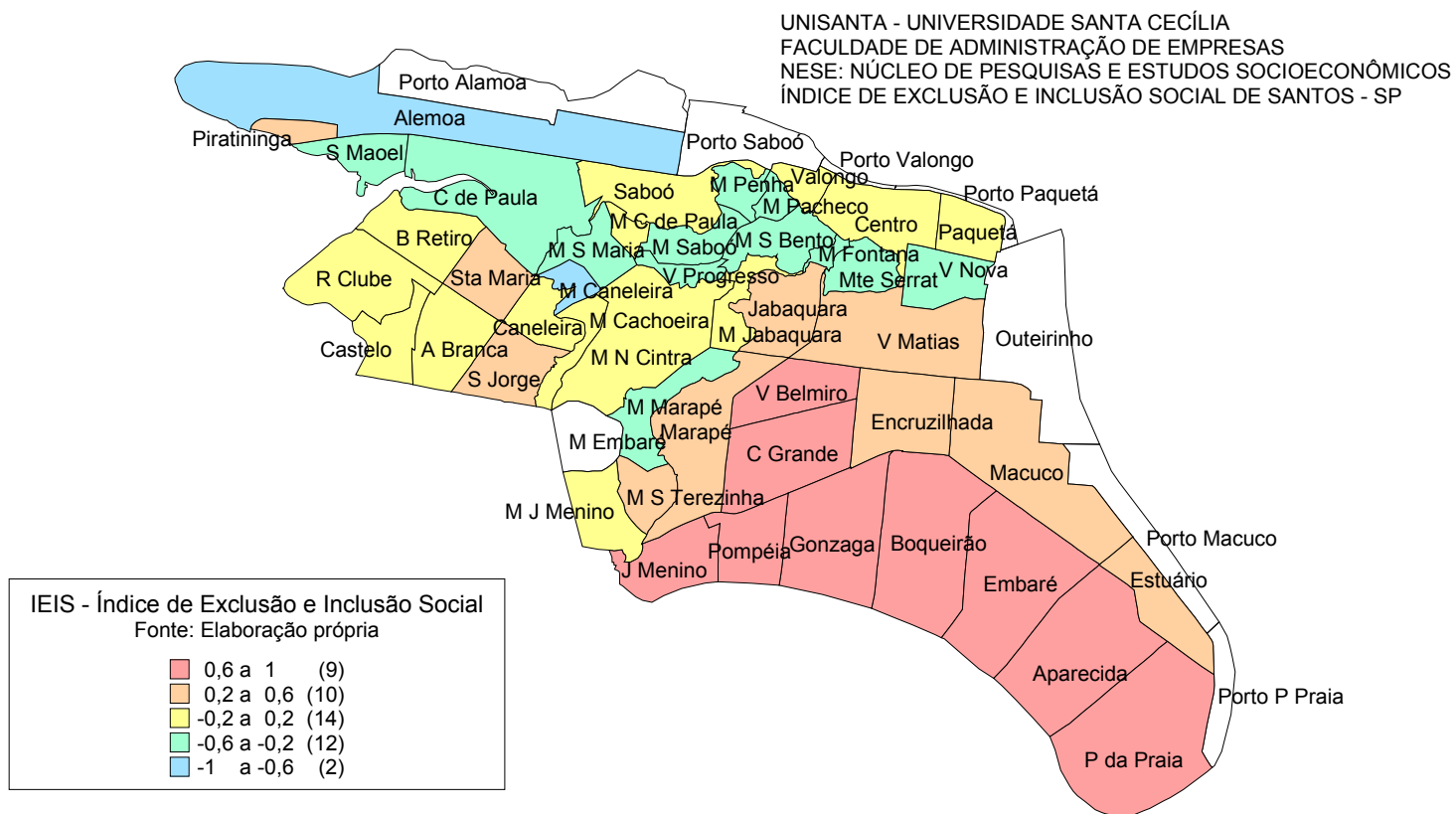
Inspirado nesse estudo, análise semelhante foi realizada para a cidade de Santos, pelo Núcleo de Pesquisas e Estudos Socioeconômicos da Universidade Santa Cecília – Nese/UniSanta, cujos dados foram coligidos num trabalho intitulado Índice de Exclusão e Inclusão Social para a Cidade de Santos, que procura demonstrar a situação dos bairros da cidade no que se refere a condição de vida da população, saúde, educação, moradia e renda, utilizando como fonte única de dados o Censo Demográfico realizado pelo IBGE, em 2000.

Tomando-se o principal índice elaborado pelo estudo da Nese, ou seja, o Índice de Exclusão e Inclusão Social, foi possível visualizar cinco grupos de bairros na cidade, que foram classificados, numa escala variável da pior para a melhor condição de exclusão social, nas seguintes categorias: elevada exclusão social; média a baixa exclusão social; ponto de inflexão; média a baixa inclusão social; e, alta inclusão social. Essa classificação pode ser observada no mapa elaborado pelo Nese, apresentado a seguir, que mostra a diferenciação entre as condições dos bairros situados na orla marítima da cidade, destacados na cor vermelha e que registram alta

¹⁰ Ver Sposati, Aldaiza. Mapa da Inclusão e da Exclusão Social na Cidade de São Paulo. São Paulo: Educ, 1991.

inclusão social, dos bairros da Zona Noroeste e do seu entorno, destacados nas cores azul e verde, que representam, respectivamente, elevada e média a baixa exclusão social.

Mapa 1 - Índices de Exclusão e Inclusão Social
Município de Santos
2000



As informações contidas no mapa de Inclusão e Exclusão Social de Santos são fundamentais para planejamento e gestão das políticas públicas e para a análise situacional da cidade. A região da orla marítima, além de apresentar a melhor situação de inclusão social, concentra as principais atividades econômicas e no seu entorno estão os maiores e melhores equipamentos públicos da cidade, que empobrece à medida que avança para a região noroeste, local que concentra a população mais vulnerável e exposta a riscos sociais e econômicos. Certamente a gestão pública voltada à inclusão social e à procura da equidade deverá priorizar o investimento na região Noroeste da cidade, uma vez que a injustiça e a iniquidade social, convivendo com a beleza e o elevado desenvolvimento da orla marítima, provocam situações de conflito que não são benéficas para nenhum segmento social e que apenas através de políticas e ações inclusivas podem ser minoradas.

Assim é Santos, uma cidade altamente complexa, com recursos sofisticados que, porém, assim como acontece no Brasil, não estão ao alcance do conjunto de sua população, representando enormes desafios aos gestores de políticas públicas, à sociedade organizada e àqueles que pretendem intervir nessa realidade, ou mesmo compreendê-la por meio de estudos e análises, como este ora desenvolvido.

CAPÍTULO IV – A POLÍTICA DE SAÚDE EM SANTOS – OS GOVERNOS PETISTAS E O GOVERNO MANSUR EM ANÁLISE COMPARADA

Este capítulo objetiva realizar um estudo comparativo entre as gestões da Saúde, no município de Santos, ao longo das administrações petistas (Telma de Souza, 1989-1992, e David Capistrano, 1993-1996) e da gestão Beto Mansur (1997-2004). Serão comparadas duas maneiras de se fazer política, além de discutidas suas diferenças, prioridades e realizações, que podem ser traduzidas em visões contrapostas sobre o papel do Estado como gestor e produtor de políticas sociais. Para tanto, foi feito um amplo levantamento bibliográfico, que envolveu livros, teses e dissertações sobre a saúde na cidade, artigos e estudos publicados em revistas científicas, além da coleta de matérias jornalísticas em mídia impressa, na hemeroteca municipal, e da realização de entrevistas.

Conforme anotado na Introdução, foram entrevistados neste trabalho: Dr. Marco Manfredini (*dentista, coordenador do Programa de Saúde Bucal no governo David Capistrano*); Dr. Fábio Mesquita (*médico, coordenador do Programa de DSTs/Aids no governo Telma de Souza*); Dr. Roberto Tykanoti Kinoshita (*psiquiatra, interventor na Casa de Saúde Anchieta nos governos Telma de Souza e David Capistrano*); Dr. Odílio Rodrigues Filho (*médico, secretário de Saúde no governo Beto Mansur*); Dr. Edmon Atik (*médico, secretário de Saúde no governo Beto Mansur*); Dra. Selma Freire (*médica, assessora do Dr. Tomas Söderberg, secretário da Saúde no governo Beto Mansur*); Dra. Jocelene Batista Pereira (*médica, admitida através de concurso na rede municipal de Saúde, durante o governo Telma de Souza, e que se manteve atendendo na rede durante o governo Beto Mansur*); Dra. Berta Maria Esteves (*dentista, presidente do Conselho Municipal de Saúde no governo Beto Mansur*). As entrevistas foram realizadas entre o segundo semestre de 2004 e o início de 2005.

Para fins de uma melhor visualização e compreensão dos períodos em estudo, apresentam-se, no quadro a seguir, o período de duração das administrações santistas em estudo e os respectivos prefeitos e secretários municipais de saúde.

Quadro 1 – Relação de Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde
Município de Santos
1989-2004

Prefeito	Período	Secretário Municipal de Saúde	Período
Telma de Souza	1989-1992	David Capistrano	1989-1992
David Capistrano	1993-1996	Aparecida Linhares Pimenta	1992-1994
		Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques	1994-1996
Beto Mansur	1997-2004	Odílio Rodrigues Filho	1997-1998
		Edmon Atik	1998-2000
		Tomas Sörderberg	2001-2004

Fonte: Pesquisa do autor.

Além de uma análise geral do processo de implantação da política de saúde nos diferentes períodos, serão enfatizados os programas de Aids e Saúde Mental, uma vez que não seria viável exaurir todo o tema da saúde e esses dois programas se revelaram os mais expressivos e de maior visibilidade nas gestões petistas, possibilitando uma diretriz analítica interessante na comparação entre os períodos do petismo e o período de Mansur.

A Saúde em Santos no Governo Oswaldo Justo

Antecedendo às gestões petistas, na cidade de Santos, um governante do PMDB, Oswaldo Justo (1985-88), primeiro administrador municipal eleito diretamente pela população, após o regime militar (1964-1985), em que os prefeitos das capitais e de cidades consideradas de segurança nacional eram escolhidos indiretamente pelos titulares dos governos estaduais, os chamados, à época, de *prefeitos biônicos*. É no mínimo curioso salientar que o movimento militar de 1964 considerava a cidade de Santos potencialmente perigosa, visto ostentar, até então, tradição oposicionista e possuir um sindicalismo atuante desde 1897, quando os trabalhadores paralisaram as atividades portuárias contra a falta de segurança no trabalho (Souza e Fonte, 1993).

O legado deixado por Justo para as gestões petistas na área da saúde foi um retrato das gestões municipais no período que antecedeu o Sistema Único de Saúde (SUS) e a municipalização da política social, ou seja, os equipamentos e serviços de saúde não eram submetidos a um comando único (municipal), como viriam a sê-lo com o advento do SUS, mostrando-se frágeis, inarticulados e sem capacidade de oferecer resposta às necessidades da população.

Antes da Constituição de 1988, os serviços de saúde não eram universais, ou seja, para receber atendimento nos estabelecimentos de saúde do Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), a pessoa deveria recolher a contribuição assistencial e previdenciária, devendo, para isso, via de regra, estar empregada com carteira de trabalho ou contribuir como autônomo ou empregado doméstico, entre outras categorias. A população que não fizesse parte do sistema público recebia assistência através de entidades e estabelecimentos filantrópicos, sendo que em Santos existiam dois deles: a Santa Casa de Misericórdia e a Beneficência Portuguesa.

Havia ainda, na cidade, o hospital estadual Guilherme Álvaro e o Hospital dos Estivadores, conveniados ao Inamps, e os registros indicam que a

dificuldade maior em Santos não seria a falta de leitos em sentido absoluto – registre-se que Santos tem uma longa tradição de atendimento através da Unimed, uma das mais tradicionais cooperativas de médicos do país e que oferece serviços de saúde através de pré-pagamento –, mas sim a falta de leitos para quem não pudesse pagá-los e os dependentes da previdência social.

A rede básica também se encontrava em modalidade de gestão bastante atrasada, se comparada com a maior parcela dos municípios do Estado que – com os adventos das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Único e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo (Suds), nos governos Montoro e Quéricia – passaram a administrar os estabelecimentos estaduais, o que não ocorreu em Santos. Dessa maneira, inexistia na cidade um sistema ou mesmo uma rede de serviços de saúde, uma vez que, sem comando único, com a manutenção de unidades básicas sob a gestão estadual e sem a hierarquização da assistência, a atenção à saúde da população, especialmente dos segmentos mais pobres da cidade, era extremamente precária e ineficaz.

Assim, o que havia em Santos durante o governo Justo era uma rede municipal clássica do período que antecede o Sistema Único de Saúde: postos de saúde; atendimento em pediatria e ginecologia; número pequeno de clínicos gerais; presença de unidades estaduais um pouco mais sofisticadas, mas sem articulação entre esses equipamentos; unidades básicas; e hospitais filantrópicos. Não existia um *sistema de saúde*.

A saúde passou a ser um componente central na agenda das políticas sociais e sua responsabilidade foi atribuída aos prefeitos, especialmente com o advento da Constituição de 1988. Santos, conforme será observado a seguir, foi uma das cidades que esteve na vanguarda do processo de municipalização e da construção do SUS.

Gestões Petistas da Saúde em Santos

Houve praticamente um consenso, nos meios políticos e na área da saúde – universidade, gestores de serviços e movimentos populares –, que avaliou a experiência de Santos na construção de um sistema local de saúde nas gestões municipais de Telma de Souza (1989-92) e David Capistrano (1993-96) como altamente positiva, que se transformou em referência nacional da viabilidade do modelo de descentralização da política de saúde propugnada pelo SUS, após a Constituição de 1988. Essa avaliação baseava-se, principalmente, nos seguintes feitos e marcas dos governos petistas em Santos, que serão discutidos ao longo deste capítulo:

- *adesão imediata ao processo de descentralização, através da municipalização, dos serviços de saúde num momento em que o Sistema Único de Saúde – SUS ainda estava na sua gênese;*
- *ampliação da rede de serviços e da oferta de recursos humanos para atendimento da população;*
- *enfrentamento da questão da epidemia de Aids que assolava o município, em razão da prostituição, especialmente nas regiões central e portuária, e da exposição aos danos do uso de drogas injetáveis, numa política que foi pioneira em todo o Brasil na distribuição, aos soropositivos, de medicamentos de alta tecnologia e elevado custo. Além de seringas descartáveis aos usuários de drogas, o que rendeu diversas premiações internacionais ao município;*
- *exercício do papel de vanguarda na política antimanicomial, baseada na desospitalização e na reintegração familiar, social e profissional dos enfermos da saúde mental, o que teve como principal marca a intervenção na Casa de Saúde Anchieta;*
- *ampliação da participação popular, através da realização de conferências e da interlocução com o conselho municipal de saúde;*

- *impressão de uma marca na gestão pública municipal, inovadora, que assumiu de forma radical o compromisso com a promoção de políticas que outorgavam, ao gestor municipal, o posto de principal responsável pela qualidade de vida e pela promoção de serviços para a população da cidade.*

Serão analisadas, a seguir, as gestões de Telma de Souza e David Capistrano para, em seguida, tratar da administração Beto Mansur na condução da política municipal de saúde.

Governo Telma de Souza – 1989-1992

A primeira vitória eleitoral do Partido dos Trabalhadores (PT) na cidade de Santos ocorreria no ano de 1988, ocasião em que a candidata Telma de Souza (73.176 votos, 27,7% da votação) superou Del Bosco Amaral (72.183 votos, 27,3% do eleitorado), do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), apoiado pelo então prefeito Oswaldo Justo¹¹. Nessa eleição ainda não havia no Brasil o instituto do sufrágio em dois turnos, o que explica a pequena proporção de votos que assegurou a definição deste pleito, o que em números absolutos significou uma diferença menor que mil votos entre os dois candidatos. Eleições decididas por pequenas diferenças seriam a marca das eleições santistas nos anos seguintes, exceção feita ao pleito realizado em 1992, conforme será observado na próxima seção deste capítulo.

A implantação do SUS em Santos teve início em 1989 e, segundo os estudos realizados, sua história coincide com a da construção e implantação do sistema no país. O período 1989-1992 pode ser considerado aquele em que ocorreu a estruturação do sistema público de saúde municipal em Santos, que não existia anteriormente. Destacam os registros bibliográficos que, nos dois primeiros anos de governo, a Secretaria Municipal de Saúde envidou esforços na implantação de uma rede de serviços de saúde, o que exigia, inicialmente, a

¹¹ Fonte: Tribunal Regional Eleitoral; Fundação Seade.

montagem de uma rede básica de serviços, composta de unidades de saúde distribuídas pelos bairros, de maneira que pudesse oferecer suporte às novas atribuições e responsabilidades dos gestores municipais, de acordo com as diretrizes do SUS no atendimento às demandas em termos preventivos, de diagnóstico e tratamento.

Em 1989 foi assinado o Convênio de Municipalização entre a cidade e o Ministério da Saúde, permitindo ao município assumir o gerenciamento dos três centros de saúde da cidade, que até então estavam sob gestão estadual. Foram ainda municipalizadas as ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Ocorreu, ainda em 1989, a intervenção municipal no Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, “o que deu início a um processo de mudanças visando um novo enfoque no atendimento, centrado na recuperação da cidadania do doente mental” (Pimenta, Brevíssima História da Implantação do SUS em Santos *In* Campos e Henriques, organizadores, 1997).

Na avaliação dos gestores do sistema municipal de saúde, do ponto de vista organizacional, foi necessário priorizar a estruturação da rede de serviços e colocá-los em funcionamento, para adquirir credibilidade e apoio social e, num segundo momento, realizar a reforma administrativa necessária para a legalização da estrutura do sistema. Segundo estudo do Instituto Pólis, não havia, em Santos, falta de leitos hospitalares em sentido absoluto, porém, faltavam leitos para atendimento da população que não pudesse se socorrer de serviços privados e os dependentes da previdência social (Ferreira e Almeida, 1994). Ainda segundo o Pólis, quando a administração tomou posse, apenas três hospitais da cidade eram conveniados ao Inamps:¹² a Santa Casa de Misericórdia, que atravessava um momento de crise financeira; o hospital Estadual Guilherme Álvaro; e o Hospital dos Estivadores, que operava com apenas um terço da sua capacidade. A rede municipal possuía apenas um hospital, no distrito de Bertioga, que atendia apenas à população de suas imediações.

¹² Nesse período os hospitais prestavam serviços gratuitos à população através de convênios firmados entre os mesmos e o Inamps, arcaico modelo que foi extinto com o avanço do SUS.

Segundo análise política sobre o período, realizada por Gastão Wagner (Campos e Henriques, 1997), no município de Santos, até 1988, os serviços de saúde tinham quase a mesma abrangência verificada desde a década de 40. Na sua análise, a Reforma Sanitária, amplo movimento que reformulou o sistema de saúde brasileiro nas décadas anteriores e que propôs, inclusive na Assembléia Nacional Constituinte, o modelo do SUS, não havia passado pela cidade. O autor lembra ainda que a insensibilidade da política local, expressa na total desatenção ao tema da saúde nos governos anteriores, apoiada no autoritarismo político – a cidade foi governada em décadas anteriores através de interventores –, estaria destruindo o município. Com a vitória de Telma de Souza, em 1988, ainda segundo Gastão Wagner, inventou-se um sistema local de saúde que se transformou em referência nacional e internacional.

Dessa maneira, um dos aspectos fundamentais para a compreensão do início da gestão petista, na saúde, em Santos foi o investimento na estruturação de uma rede básica de serviços, através da criação das policlínicas. Além disso, houve uma aglutinação dos profissionais na saúde, especialmente médicos e dentistas, uma vez que antes da reorganização da rede estes se encontravam pulverizados em creches, entidades assistenciais e outros equipamentos.

Estudo realizado pelo Instituto Pólis (Ferreira e Almeida, 1994) evidencia que as trajetórias políticas do Partido dos Trabalhadores em Santos e de Telma de Souza estão intimamente ligadas. O perfil do partido na cidade não surgiu apoiado sobre uma base sindical forte, como foi no ABC paulista, mas sim por uma intelectualidade ligada à luta pela anistia, por pessoas oriundas de outros partidos e movimentos clandestinos de resistência à ditadura militar, setores progressistas da igreja e alguns embriões de oposições sindicais (rodoviários, administração do porto e metalúrgicos). Conforme o Pólis, a campanha para eleição de Telma foi marcada, nos meses que antecederam ao pleito, por esforços de desmistificar certos preconceitos em relação ao partido, especialmente aqueles alardeados pelos setores conservadores, bem como pela tentativa de expor posições em relação ao tipo de políticas públicas que

pretenderiam adotar, caso chegassem à prefeitura, com ênfase na melhoria das condições de vida da população carente.

Ainda sobre a gênese dos governos petistas em Santos, David Capistrano, secretário municipal de saúde na gestão Telma de Souza, e que viria a sucedê-la, apresenta interessante discussão sobre a existência de três modelos principais de administração para cidades, pós-Constituição de 1988, paradigmas, segundo ele, de diferentes posturas políticas e ideológicas:

“1. Prefeituras que se restringem a seu papel tradicional, dedicadas à conservação, limpeza e pequenas intervenções no espaço urbano.

2. Administrações que dirigiram suas atenções para grandes obras de engenharia, em especial as intervenções do sistema viário. Trata-se em geral de realizações nas áreas mais ‘nobres’ e visíveis das cidades. Diferenciam-se das primeiras sobretudo pela quantidade de cimento gasto...

3. Aquelas dedicadas a políticas sociais, com prioridade para as regiões e camadas sociais mais pobres das cidades, saúde, educação e assistência social. Esse modelo exige, para assegurar o financiamento das políticas sociais, uma grande atenção ao desenvolvimento econômico do município, que não pode ser delegado aos governos estadual e federal” (Campos e Henriques, 1997).

É inegável que a experiência da saúde, em Santos, foi possível apenas em razão da promulgação da Constituição Federal, em 1988, que acabara de ser aprovada no início da gestão Telma de Souza, sendo que o SUS foi regulamentado no ano seguinte, pelas Leis 8.080 e 8.142, que definem sua organização e suas formas de controle pela sociedade. Sem os marcos legais a experiência do SUS local certamente não teria prosperado, uma vez que os mesmos definiram os arranjos institucionais que viriam a conferir maior responsabilidade aos governos locais na condução das políticas, representando, naquele momento, a determinação forte para que política de saúde seguisse os rumos e princípios aprovados na Assembleia Nacional Constituinte (Ferreira e Almeida, 1994).

É necessário registrar que, no cenário ainda nascedouro do processo de descentralização das ações de saúde no Brasil e particularmente no Estado de São Paulo, Santos estava bastante atrasado em comparação aos avanços verificados em outros municípios paulistas, impulsionados pelo governo estadual, que investiu fortemente nesse processo, nos anos 80, com as Ações Integradas de Saúde – AIS e o Sistema Unificado de Saúde – Suds, nos governos Montoro (1983-86) e Quéricia (1987-90).

Importante gargalo, que necessitaria ser enfrentado para a implantação do sistema de saúde em Santos, referia-se à questão dos recursos humanos. Levantamento preliminar feito pela equipe responsável pela saúde no governo Telma demonstrou que havia um número suficiente de médicos e auxiliares para atender às demandas da cidade. Boa parte deles, porém, tinha sido transferida para instituições que não estavam diretamente ligadas à saúde, tais como entidades filantrópicas, escolas e sociedades de melhoramentos. Os demais funcionários que permaneceram no serviço público enfrentavam uma estrutura administrativa anacrônica e estavam desmotivados em razão dos baixos salários (Ferreira e Almeida, 1994). A administração procedeu então a uma reforma administrativa e procurou empreender esforços junto aos servidores para motivá-los e aliá-los ao processo de implantação do SUS municipal e valorização do serviço público.

Concluída a reforma administrativa, foi possível investir naquela que seria uma das principais realizações do governo Telma na área da saúde e que o tornaria uma referência nacional na implantação do SUS: a montagem de uma rede hierarquizada de saúde, com atendimento inicial do paciente através das unidades básicas de saúde e seu encaminhamento, se necessário, para os serviços mais complexos e especializados. Assim, foram criadas as *policlínicas*, que atenderiam em quatro modalidades: clínica geral; ginecologia e obstetrícia; cardiologia; e pediatria. A escolha do nome policlínica para batizar esses estabelecimentos teria por finalidade distingui-los dos tradicionais centros de saúde e postos de saúde, com a finalidade de romper a visão negativa da

população em relação à rede pública e oferecer um serviço eficiente e de qualidade.

O referido estudo do Instituto Pólis avalia como favorável o desempenho alcançado pelas policlínicas, uma vez que a produção de serviços teria duplicado no primeiro ano de gestão e triplicado no seguinte e seu número passou de 11, no início da gestão, para 25 ao seu término. As policlínicas se transformaram em símbolo da administração santista na área da saúde, com grande aceitação popular.

Outra ênfase da política de saúde em Santos foi a da epidemiologia, ou seja, a promoção de ações voltadas aos grupos vulneráveis, de maneira preventiva, procurando evitar o surgimento de novos casos de doenças ou o agravamento do quadro clínico de pacientes já enfermos. Nessa linha de atuação, foi instalado, nas policlínicas, o Programa de Saúde Materno-Infantil, destinado ao acompanhamento de gestantes e crianças no primeiro ano de vida, intervindo de maneira decisiva nas taxas de mortalidade infantil registradas no município. Esse programa consistiu na instalação da Casa da Gestante, que oferecia internação e assistência às gestantes de alto risco durante 24 horas por dia, e também no Sistema de Vigilância do Recém-Nascido, desenvolvido por equipes multidisciplinares encarregadas de acompanhar, desde o nascimento, crianças vulneráveis à morte em razão de fatores socioeconômicos ou familiares. No âmbito do programa, realizavam-se visitas domiciliares, distribuição de cestas básicas para suplementação de desnutridos e acompanhamento pediátrico e vacinal.

O Programa de Atendimento Domiciliar foi um dos serviços mais inovadores criados pela Secretaria da Saúde, em 1990, e oferecia opção para que pacientes com câncer ou problemas vasculares, soropositivos e outros que não necessitassem de internação pudessem receber acompanhamento e atendimento domiciliar, através de equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais.

O serviço exigia que a residência apresentasse condições mínimas para o acolhimento do doente, bem como o envolvimento da família no tratamento e na recuperação do enfermo. Este programa foi avaliado como exemplo de criatividade e flexibilidade na resposta ao problema da falta de leitos hospitalares na cidade, além de possibilitar um tratamento mais humanizado e adequado aos enfermos, uma vez que, nessa modalidade de atendimento, se reduzem os riscos de infecções hospitalares, muito comuns quando há necessidade de internação de soropositivos, por exemplo, bem como os custos com a hotelaria hospitalar.

Aspectos específicos da realidade local levaram a gestão Telma a enfrentar duas questões polêmicas que, posteriormente, tornaram-se as ações de maior visibilidade nacional e internacional para o governo local petista, ou seja, o enfrentamento da epidemia de Aids que assolava o município e o desenvolvimento de um inédito, ao menos no Brasil, programa de saúde mental.

Conforme verificado no Capítulo III no final dos anos 80, Santos era a cidade brasileira com a maior incidência de casos novos de Aids, problema relevante no município até os dias atuais. Naquela época, mais da metade das contaminações ocorria em decorrência do uso de drogas injetáveis, o que levou à necessidade de uma abordagem preventiva à doença diferente daquela recomendada pelo Ministério da Saúde à época, cuja ênfase era direcionada à transmissão sexual.

Para enfrentar a Aids, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou uma estratégia que consistia em várias frentes, dentre as quais a estruturação de serviços para prestar atendimento de boa qualidade aos doentes e desenvolver ações de caráter educativo e preventivo, assim como procurar criar uma nova mentalidade em relação aos portadores do vírus, combatendo o preconceito e a marginalização social (Andrade *et alii* In Campos e Henriques, 1997).

Há um relato interessante sobre esse período que ilustra a situação da Aids em Santos e a iniciativa da prefeitura de enfrentar essa questão, obtido através de entrevista com Fábio Mesquita, coordenador do Programa de

DSTs/Aids no governo Telma de Souza: *“você tinha um ministério recém-implantado, um programa nacional, mas também imagina o que era discutir com Igreja. Era uma coisa complicada. E você tinha um governo implantado em 89, com uma cidade que já tinha bastante casos de Aids. Santos já chamava atenção naquela época e a Telma veio de peito aberto e disse assim: ‘Nós temos, sim, o problema. Mas nós não nos intimidamos com ele. Nós estamos aqui para enfrentá-lo’. Uma postura clara de que precisa admitir primeiro e depois propor enfrentamento. Propor coisas que na época eram revolucionárias. Embora hoje falando fica meio pueril. Por exemplo, distribuir camisinha na rede do SUS. Não era só na rede de Aids. Era em toda rede. Em todas policlínicas de Santos tinha camisinha disponível. Isso, na época, era muito excepcional. No máximo, se fazia isso para planejamento familiar, para casos completamente localizados. Depois, propor que o município criasse uma clínica de referência de DST no porto, bem na área da zona do meretrício, uma clínica montada ali para atender profissionais do sexo, portuários, tripulantes de navio e etc. e tal.”*

Dessa maneira, procurou-se abordar a Aids como um problema de saúde pública, prioritário na gestão municipal, investindo-se, entre outras ações, no combate à disseminação do uso de drogas e na redução dos danos provocados pelo seu consumo, através de programa de troca de seringas junto aos usuários, como fator de prevenção da doença.

Segundo o estudo do Instituto Pólis, a distribuição de seringas e o programa de redução de danos para usuários de drogas foram discutidos em seminário público, realizado em 1989, o que provocou uma ação do Ministério Público e a abertura de um inquérito policial para investigar a ação. Amparados no Código Penal, os promotores do MP pretenderam classificar a distribuição de seringas como facilitação ao uso de drogas. O Ministério Público logrou êxito em sua ação: a distribuição de seringas foi suspensa e o programa foi redirecionado para orientar o usuário de drogas injetáveis a lavar corretamente a seringa utilizada. Esse embate foi prolongado até o início do governo David Capistrano, quando a gestão conseguiu o retorno da distribuição de seringas, hoje amplamente disseminada.

Como componente da política de combate à epidemia, foi criado o Centro de Referência em Aids, voltado ao atendimento multidisciplinar ambulatorial e de urgência aos soropositivos e aos que já haviam manifestado os sintomas da doença. Também foi inaugurada a Casa de Apoio e Solidariedade aos Pacientes de Aids, para abrigar doentes sem condições econômicas e que eram vítimas de discriminação. Além disso, foi desenvolvido um sistema de vigilância epidemiológico em torno da doença, destinado ao registro, sistematização e uso epidemiológico para controle e prevenção do surgimento de novos casos, além de verificar a adequação e o efeito dos programas em desenvolvimento.

O programa de Aids de Santos foi incorporado pelo Ministério da Saúde e tornou-se, por decisão desse órgão, referência nacional para tratamento, prevenção e combate da epidemia, sendo que práticas hoje disseminadas em todo o Brasil tiveram origem em Santos, como a distribuição de seringas e a aquisição de medicamento de alto custo para distribuição e tratamento da população atingida pela enfermidade.

O inovador Programa de Saúde Mental desencadeado no município teve como ponto de partida a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, decretada em maio de 1989, durante o primeiro ano do mandato Telma de Souza. Diante da relevância desse procedimento, é necessário detalhar melhor o que era e como funcionava esse “hospital” psiquiátrico, além da importância política gerada pela intervenção. A Casa de Saúde Anchieta foi rotulada, numa edição do *Jornal da Tarde*, no final dos anos 80, como Casa dos Horrores: um manicômio assemelhado a uma casa de detenção, um presídio do século XVIII, depositário de marginalizados e esquecidos vivendo em condições subumanas.

Após inúmeras denúncias de maus tratos aos internos e da morte de dois pacientes, em 1989, a prefeitura resolveu realizar uma inspeção na instituição, na qual a prefeita, acompanhada por técnicos da Secretária da Saúde, pela Comissão Teotônio Vilela de Direitos Humanos, pela OAB e entidades da sociedade civil, além da maciça presença da imprensa, abriu as

portas do Anchieta, tornando públicas sua realidade, a situação de violência física e moral e as péssimas e desumanas condições em que se encontravam os pacientes. Havia 280 leitos para mais de 500 internos e, segundo relatos, estes leitos eram ocupados pelos que estavam menos dopados ou eram mais forte, enquanto os demais internos dormiam no chão, sem colchões ou qualquer tipo de proteção. Não havia profissionais de saúde qualificados para atender aos internos – todo o pessoal médico e administrativo, incluindo cinco médicos assistentes, resumia-se a um quadro de 60 funcionários, muitos em afastamento por saúde, férias, ou que simplesmente não compareciam ao hospital – e os 20 atendentes que lá estavam lotados costumavam aplicar eletrochoques como forma de punição e castigo por indisciplina.

Além dos eletrochoques e castigos físicos aplicados com frequência, os pacientes recebiam forte medicação, em torno das 19:00 horas, que os dopava para o transcurso da noite e, dessa maneira, não havia jantar, outro componente do tratamento desumano que marcava o lugar. Havia ainda celas-fortes – uma espécie de cubículo semelhante às solitárias descritas em relatos sobre presídios – nas quais os internos chegavam a ficar por 40 dias, mantidos nus e sem comunicação com outras pessoas, recebendo alimentos por uma portinhola e sem as menores condições de higiene. Não obstante, o hospital era conveniado ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) – órgão responsável pela saúde em nível federal antes que fosse desmembrado em Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e Ministério da Saúde –, o que propiciava significativos lucros aos seus proprietários.

Sobre a intervenção, relato obtido através de entrevista com Roberto Tykanoti Kinoshita, interventor na Casa de Saúde Anchieta nos governos Telma de Souza e David Capistrano, aponta que, *“no primeiro trimestre de 89, houve uma sequência de denúncias de mortes violentas dentro do hospital. Três ou quatro. Isso, como dizia o David, poderia passar como uma questão de não responsabilidade do município. Lembrar que 89 é o primeiro ano após a promulgação da Constituição. Era um momento que institucionalmente as atribuições e responsabilidades eram bastante incertas. Em 89 não tinha a Lei*

do SUS. Então, a interpretação do poder municipal diante da nova Constituição era um certo vácuo. O David disse que a gente poderia fazer de conta que não tinha nada a ver conosco. Deixar para o Estado. Deixar essas denúncias para a esfera da tradição, no sentido de sempre remeter à esfera superior, porque não tem solução nenhuma de se responsabilizar. Porém, o município havia tomado para si a responsabilidade de zelar, garantir os direitos dos indivíduos e essa era a construção político-institucional do David. A intervenção aconteceu e foi uma intervenção do poder municipal na defesa e da construção dos poderes e dos direitos do cidadão e de todos os cidadãos, inclusive aqueles que estavam internados.”

Após a intervenção, a primeira regra institucional adotada foi a *proibição de qualquer ato de violência contra os pacientes*, incluindo a utilização de celas-fortes e do eletrochoque (Kinoshita *In* Campos e Henriques, 1997). Outra medida importante foi a abertura de todas as áreas do hospital na sua parte interna, permitindo a livre circulação dos pacientes pelos pátios, corredores e quartos, o que diminuiu a tensão no hospital, uma vez que, antes, os internos eram obrigados a ficar confinados no pátio, durante o dia, porque não havia profissionais para assisti-los.

Foi realizado ainda, durante o início do processo de intervenção, um intenso trabalho de avaliação clínica dos pacientes, no qual foram diagnosticados diversos casos de hipertensão, diabetes, diarréias e, sobretudo, pediculose (piolhos) e escabiose (sarna), que configuravam uma epidemia local (Kinoshita, 1997). Outra ação relevante nesse período foi a tentativa de se reconstruir a identidade para os pacientes, resgatando coisas simples, como o nome, a fixação de leitos para cada um deles, liberação do horário de visitas e até mesmo a reconstituição do mínimo de suas histórias de vida, perdidos nos anos de *cárcere* (Kinoshita, 1997).

O impacto da intervenção alçou o tema da saúde mental para o topo das prioridades governamentais de intervenção na área da Saúde e gerou um movimento de aglutinação em torno desta questão, envolvendo familiares dos

doentes e técnicos da área, além de pessoas da comunidade não-qualificadas tecnicamente, artistas, professores, cidadãos, que queriam prestar seu apoio e solidariedade (Ferreira e Almeida, 1994).

Ainda sob os ecos da intervenção, estruturou-se um programa considerado ambicioso em seu objetivo, que visava dispensar o uso de manicômios na cidade, inspirando-se no trabalho de Franco Basaglia, na cidade de Trieste, Itália. Com a implantação do Programa de Saúde Mental, houve um gradual processo de desospitalização dos doentes em condições de acompanhamento fora das instituições: dos 531 pacientes existentes em 1989, menos de 80 considerados crônicos ou originários de outros municípios permaneceram internados (Ferreira e Almeida, 1994). O programa seria pautado nas seguintes diretrizes:

- construção/reconstrução dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico;
- criação de um modelo assistencial totalmente substitutivo ao modelo manicomial;
- transformação cultural da discriminação, estigma e exclusão em relação às pessoas com sofrimento psíquico (Kinoshita, 1997).

Para a efetiva implantação do programa, foram definidas duas linhas de ação: foi criada uma rede de serviços alternativos aos manicômios e procurou-se trabalhar para a construção de uma nova atitude da sociedade em relação aos doentes mentais. Esses serviços consistiam nos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPs), criados como ambulatórios que funcionavam sem interrupção, proporcionando inclusive abrigo temporário aos pacientes em situação crítica, impossibilitados de permanecer com a família. A função dos NAPs era oferecer um processo terapêutico capaz de debelar a crise e permitir a reintegração social do doente. Com relação à segunda estratégia de ação, procurou-se possibilitar aos portadores de doenças mentais as condições de vida em sociedade, através de uma série de ações de reinserção pessoal e profissional, usufruindo seus direitos de cidadania: para tanto, foi necessário um trabalho que

envolvesse a comunidade, procurando prepará-la para aceitar o convívio com essas pessoas e suas particularidades.

O programa de saúde mental em Santos foi inspirado numa experiência européia, porém considerou as especificidades da realidade brasileira, na qual há estreita relação entre a doença mental e a marginalidade social e econômica de boa parte dos enfermos, e procurou propiciar o desenvolvimento de atividades geradoras de renda. Nesse período, os pacientes desenvolviam trabalhos de produção artesanal, participavam na fabricação de blocos para a construção civil, na reciclagem de lixo e na prática da jardinagem.

A ação de inserção social e profissional de maior visibilidade e eficácia foi, porém, o Centro de Convivência Tantam, no qual se desenvolviam inúmeras atividades no campo artístico, como teatro, pintura, marcenaria, vídeo e, a partir do momento em que foi adquirido um aparelho de som e um microfone, iniciou-se uma programação de rádio dentro do hospital, criando assim a *Radio Tantam*. Na sua programação, um paciente relatava diariamente as notícias de um jornal e recados internos e, animados com o sucesso da iniciativa, seus idealizadores montaram uma equipe com pacientes que possuíam maior desenvoltura de voz, locução e imitação, procurando tornar público o programa. Foram convidados ainda adolescentes para integrar a equipe do programa que foi ao ar, pela primeira vez, em 5 de novembro de 1990, pela Rádio Universal, de Santos, e a combinação de adolescentes e excluídos assegurou o sucesso do programa (Ferreira e Almeida, 1994).

Relato obtido através da entrevista com Roberto Tykanoti Kinoshita revela que, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta foi objeto de exaustiva análise quanto a seus riscos e impactos, no seio da administração e mesmo do Partido dos Trabalhadores em Santos. Segundo esse relato, *“Oitenta e nove foi um momento de cidades sendo assumidas pelo PT. Nesse ethos cultural, eu diria assim, pós-Constituição, a vontade de construir o país dominava o Brasil nessa época. Era uma confusão, porque todo mundo queria construir o país e, ao mesmo tempo, com muito receio da história, imaginariamente, do vermelho*

do PT. Fazendo eco ainda as discussões anticomunistas. Todo receio era o seguinte: ‘os radicais assumiram a cidade e vão tomar o capital’, porque a Casa de Saúde Anchieta era uma entidade privada de físico e ativos. Então, parte do governo era contra a intervenção. Olha, vamos estar dando um tiro no pé. Vamos acirrar todos os preconceitos, todas as coisas. Levantar a cidade contra o governo no terceiro mês de governo.”

Quanto à participação popular, ressalta-se a realização, no final de 1990, da Primeira Conferência Municipal de Saúde, na qual foi elaborada a “Carta de Santos” e eleito o primeiro Conselho Municipal de Saúde da cidade. Destacam-se, nessa Conferência, o referendo à política de saúde adotada pelo governo local e a aceitação da proposta de municipalização de todos os serviços sediados em Santos, além da criação de cinco novas policlínicas e ampliação de outras quatro e extensão do atendimento, especialmente em saúde bucal.

Toda essa expansão de serviços significou um acréscimo no quadro de recursos humanos municipais, que saltaram de 1.246 funcionários, em janeiro de 1991, para 1.890 no início do ano seguinte, incluindo-se aqueles que foram “municipalizados”, ou seja, funcionários do governo estadual, alocados nos serviços de saúde, que passaram à gestão municipal e, dessa maneira, ao quadro funcional do município. O aumento tanto de serviços como de pessoal foi custeado basicamente com recursos municipais, já que os repasses do governo federal não representavam mais de 11% do gasto total com serviços de saúde (Campos e Henriques, 1997).

O final da gestão Telma de Souza, em 1992, coincidiu com o último ano no governo Collor, quando ocorreu seu *impeachment*, e o SUS, assim como os demais sistemas e serviços sob gestão do governo federal, atravessou um de seus piores momentos. Houve um desmantelamento dos serviços federais e, especialmente, uma queda drástica nos recursos repassados aos governos municipais, em razão dos escassos recursos financeiros, com reflexos nos sistemas locais de saúde. Nesse período foi realizada a II Conferência Municipal de Santos, com discussões e balanço da implementação do SUS no município,

na qual destacam-se a avaliação de que a maioria das deliberações da conferência anterior havia sido cumprida e a eleição de um novo conselho, que viria a participar de maneira ativa de todas as discussões referentes à política de saúde.

No final de 1992 começaram a surgir os primeiros efeitos locais da recessão, com repercussões significativas no orçamento da Prefeitura, em decorrência de queda nas receitas. Isso não impediu, porém, que, principalmente devido aos êxitos e à visibilidade nacional e internacional adquirida pelo sistema local de saúde, a gestão petista de Telma de Souza elege-se seu sucessor, o médico David Capistrano, seu secretário de saúde e um dos principais responsáveis pela condução dessa política.

Apesar do cenário desfavorável, é importante mencionar que, segundo o estudo realizado pelo Instituto Pólis (Ferreira e Almeida, 1994), a administração da prefeita Telma de Souza, eleita por estreita margem de votos e ainda no sistema de turno único, iniciou seu governo sob forte oposição das forças conservadoras locais e desconfiança generalizada da população, mas o finalizou com grande aceitação popular, especialmente em razão dos avanços na política de saúde.

Governo David Capistrano – 1993-1996

Uma nova vitória eleitoral do Partido dos Trabalhadores (PT) ocorreria em Santos no ano de 1992, ocasião em que, já com o advento do segundo turno, David Capistrano (141.437 votos, 52,8% da votação) superaria Vicente Fernandes Cascione (110.583 votos, 41,3% do eleitorado), do Partido Democrático e Social (PDS)¹³. A vitória de David Capistrano, pavimentada pelo êxito da sua gestão frente à secretaria Municipal da Saúde, foi a única obtida por uma margem considerável de votos se analisados os pleitos realizados na cidade entre 1988 e 2004. Registra-se, ainda, que não era permitido ainda o

¹³ Fonte: Tribunal Regional Eleitoral; Fundação Seade.

instituto da reeleição no Brasil, nesse período, o que impossibilitaria Telma de Souza de concorrer à sua própria sucessão.

Em janeiro de 1993 iniciou-se, então, a segunda gestão petista em Santos que pode ser considerada, nos seus dois primeiros anos, como o período da organização e consolidação da rede criada, assim como dos programas e ações que passaram a ser executados no governo Telma de Souza. A expansão dos serviços de saúde ocorrida na primeira administração – num período relativamente curto, uma vez que inexistia, até então, um sistema local de saúde e a rede estadual havia sido transferida para gestão municipal – fez com que se revelasse uma série de limitações na organização interna da secretaria que, se não enfrentadas rapidamente, poderiam ter impacto na qualidade dos serviços (Pimenta, 1997).

Além disso, a crise financeira da prefeitura, iniciada em 1992 com a diminuição da parcela de recursos federais para co-financiamento da política, conforme destacado anteriormente, agravou-se de maneira significativa, com queda drástica nas receitas. Certamente o município sofreu reflexos da crise financeira nacional anterior ao Plano Real, em 1994, que estabilizou a economia, especialmente no que se refere à redução dos índices inflacionários que marcaram o país após os anos 80. Também havia a necessidade de financiar a rede de serviços, as ações de saúde e o pagamento dos recursos humanos, todos expandidos na gestão Telma de Souza.

Reflexos dessa situação, inegavelmente desfavorável, logo se fizeram sentir na gestão da saúde, tanto pelo descontentamento do funcionalismo com os baixos salários, o que posteriormente se agravou pela necessidade de contenção de gastos com pessoal e controle de horas-extras, como pelo desabastecimento da rede de serviços. O município se viu forçado, nesse período, a implementar uma série de medidas de contenção de despesas para enfrentar a crise financeira e isso repercutiu negativamente em várias atividades da Secretaria Municipal de Saúde. Citação de David Capistrano (1997) revela aspectos da crise financeira enfrentada pela administração de Santos na sua

gestão: “Chegamos a ter atrasos de alguns dias no pagamento de salários, reduzimos despesas com o custeio, devemos a fornecedores, estamos enfrentando jurídica e politicamente os bancos, mas é a única opção possível, pois, a nos resignarmos a ser apenas ‘administradores’ (zeladores) num quadro de carências sociais como vive nosso povo, melhor nem ser prefeito” (Campos e Henriques, 1997).

Ocorreu, em 1994, a adesão do município de Santos ao modelo de gestão Semiplena no âmbito do Sistema Único de Saúde, o que significou um avanço na autonomia municipal e na capacidade de a administração continuar inovando e aperfeiçoando seu sistema local. Conforme destacado no Capítulo II, o processo de descentralização da política pública de saúde no Brasil atravessou uma série de arranjos e rearranjos institucionais no desenvolvimento de mecanismos que viabilizassem a determinação constitucional de descentralizar a política de saúde, municipalizando sua gestão. Em 1994, vigorava a Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde 1993 – NOB 93, que preconizou três modelos de gestão para a adesão dos municípios ao SUS, formatos que variavam de acordo com o nível de pré-requisitos, responsabilidades e de competências que seriam atribuídos aos gestores locais na condição da política: modelos de gestão incipiente, parcial e semiplena, sendo esse último o mais avançado, ou seja, aquele no qual o município assume a maior parcela de responsabilidades e de atribuições.

A gestão Semiplena, assumida pela administração de Santos, viabilizou mudanças qualitativas no trabalho que vinha sendo realizado pelo município, não só pelo aumento de recursos financeiros, mas, sobretudo, porque possibilitou estabelecer outro tipo de relação com o setor privado contratado, particularmente a área hospitalar, uma vez que nesse modelo de gestão a cidade tornava-se responsável pela gestão de todos os serviços de saúde, vinculados ou não ao SUS, existentes em seu território. Entre 1995 e 1996, houve uma nova expansão dos serviços e o município, ainda em decorrência da adesão à gestão semiplena, passou a gerenciar a totalidade dos recursos

repassados pelo governo federal para a saúde, incluída a parcela destinada ao setor privado contratado.

Seguindo as mesmas diretrizes estabelecidas na administração de Telma, houve continuidade e ampliação do programa municipal de DST/Aids em Santos, ao longo da gestão Capistrano, em que se procurou consolidar e ampliar a rede para tratamento dos soropositivos que havia sido iniciada no governo anterior, além de reforçar o combate ao surgimento de novos contágios, através de medidas educativas e preventivas, concentradas em segmentos populacionais submetidos a maior risco de contrair o HIV e disseminá-lo. A marca da administração Capistrano no que se refere à Aids ocorreu em 1996, com a adoção da terapia combinada de drogas no tratamento da Aids, também conhecida como “coquetel”. Essa ação merece um detalhamento mais cuidadoso e pormenorizado.

Em 1996, um grupo de pacientes procurou a Secretaria Municipal da Saúde reivindicando o tratamento com o “coquetel”, uma proposta terapêutica até então recente, baseada na prescrição de três medicamentos anti-retrovirais, conforme a nomenclatura médica (Andrade *et alii*, 1997). A ação desse grupo de soropositivos provocou acaloradas discussões na gestão sobre as possibilidades e o sentido da introdução dessa nova modalidade terapêutica: os elevados custos não inviabilizariam sua manutenção? Não seria incontrolável a demanda, uma vez aberto o processo para alguns casos? Mas como abdicar de um tratamento que poderia trazer efetivas mudanças de prognóstico? (*idem*, 1997).

Numa decisão ousada e inédita até então entre administrações municipais, prevaleceu a opção pelo enfrentamento radical da epidemia e valorização da vida, acordando-se que a Secretaria garantiria o tratamento de um número limitado de pacientes e que seria iniciado um processo de gestões junto ao Ministério da Saúde para que esses medicamentos fossem incluídos na lista daqueles custeados por recursos do Ministério, o que viria mesmo a ocorrer posteriormente. A partir de abril de 1996 o município passou a oferecer tratamento através de retrovirais para 200 pacientes, e o uso do “coquetel”, não

apenas em Santos, mas no mundo inteiro, viria a se revelar uma das mais eficazes formas de neutralizar os efeitos da Aids sobre os soropositivos, aumentando a sobrevida, a qualidade de vida do enfermo e, em alguns casos, quando adotado de forma precoce no início do contágio, zerando a contagem do HIV.

Com relação à política de saúde mental, a gestão David Capistrano manteve as diretrizes iniciais do processo desencadeado com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, consubstanciadas em desinstitucionalizar os pacientes internados e criar o Programa de Saúde Mental na cidade (Kinoshita, 1997). Ao final da gestão David, foram implementados cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPs), além de outros equipamentos, como a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Lar Abrigado Manuel da Silva, o Centro de Convivência TanTam, um sistema de retaguarda de atendimento psiquiátrico às urgências/emergências, no Pronto-Socorro Central, e o Núcleo Atenção ao Toxicodependente.

Os NAPs foram regionalizados e respondiam pela demanda em saúde mental de cada região da cidade, com prioridade para as pessoas com sofrimento psíquico grave. Nesses equipamentos, o atendimento era integral e contava com a participação dos familiares no processo terapêutico. Para que os tratamentos alcançassem êxito, os NAPs funcionavam ininterruptamente e ofereciam transporte para os atendidos e seus familiares, garantindo o acesso mesmo para aqueles que moravam distante dos serviços, além de atendimento domiciliar. Houve continuidade no processo de reinserção social e profissional dos portadores de agravos à saúde mental, iniciado na gestão Telma, coordenado pela Unidade de Reabilitação Psicossocial, que acompanhava os usuários em projetos de trabalho em limpeza e conservação de áreas públicas, na construção civil, em manuseio e conservação de plantas no Jardim Botânico e na venda de produtos apiários, entre diversas outras ocupações, que levaram à criação da Cooperativa Mista Paratodos, numa tentativa de emancipar e garantir a geração de renda para os portadores de agravos à saúde mental.

A promoção de ações culturais e a permanência da Rádio Tantom foram mantidas através do centro de convivência batizado com o nome da rádio, enquanto antigos moradores da Casa de Saúde Anchieta passaram a viver no Lar Abrigado, criado para asilar dezessete doentes graves sem possibilidade de alta médica. A Casa de Saúde Anchieta encontrava-se, no final do governo David, praticamente desativada, pois a rede de atendimento composta pelos NAPs e demais serviços possibilitou seu esvaziamento e o edifício foi aproveitado para outras finalidades.

Entretanto, a intervenção no Anchieta foi questionada na justiça pelo Ministério Público e pelos seus antigos proprietários, que exigiam um ressarcimento financeiro pelo imóvel, o que provocou inúmeros constrangimentos e ameaças à ex-prefeita Telma de Souza, aos seus secretários e aos gestores responsáveis pela medida. Essa ação se arrastou através de vários anos, até que decisão proferida pela justiça, em julho de 2003, através da 2ª. Vara da Fazenda da Comarca de Santos, julgou como improcedente a ação do Ministério Público que pedia a condenação da ex-prefeita por improbidade administrativa, devido à intervenção. No processo, também eram acusados os então secretários da Saúde David Capistrano e Cláudio Maierovitch, além do interventor, o psiquiatra Roberto Tykanori. A ex-prefeita se pronunciou, diante da decisão judicial, da seguinte maneira: “Essa vitória não é apenas minha ou da minha equipe, mas de todos aqueles que lutam por uma sociedade efetivamente livre. De tudo o que fizemos na Prefeitura de Santos, a humanização do tratamento psicossocial, com o fim da casa de horrores que era o Anchieta, é o que mais me orgulha. A história, mais uma vez, mostrou que estávamos com a razão”.¹⁴

A cidade de Santos presenciou, em 1996, uma disputa eleitoral acirrada, na qual a candidatura que representava a continuidade das políticas públicas em curso durante a administração David Capistrano – a deputada federal e ex-prefeita Telma de Souza, que postulava ser eleita para um novo mandato – teve

¹⁴ Disponível em <<http://www.telma.org/imprensa/arquivo/0338.htm>>. Acessado em 22/10/2003.

a maior votação no primeiro turno, sendo derrotada, porém, no segundo, pelo então também deputado e radialista Beto Mansur, do PPB, que reuniu em torno de sua candidatura as forças mais tradicionais da cidade e que se opunham às administrações petistas. Portanto, as conquistas da área da saúde, especialmente aquelas obtidas na primeira gestão petista da cidade, não foram suficientes para garantir a vitória eleitoral do partido naquele pleito.

A candidatura Beto Mansur teve a habilidade de circunscrever o debate temas não relacionados à área da saúde, conforme será analisado no Capítulo V. A campanha de Telma de Souza realçava as qualidades do sistema, o significado do SUS, projetos de continuidade e aprofundamento do modelo. Beto Mansur elogiava os serviços de saúde, mas apontava falhas operacionais e assumia compromissos com a manutenção da política de saúde e a solução dos problemas constantes, especialmente o acesso a leitos hospitalares.

Passagem da entrevista com Jocelene Batista Pereira, médica que atuou na rede municipal de Saúde durante os governos Telma de Souza, David Capistrano e Beto Mansur, sintetiza a visão predominante do que foi a administração petista na cidade: *“na verdade, foi um grande processo de inclusão social. Na Saúde, por exemplo, não havia antes uma preocupação de se montar um sistema que atendesse a todas as pessoas, até porque o poder privado – a medicina privada na cidade – era extremamente forte e não havia uma preocupação, por exemplo, com a Zona Noroeste, que é uma área até hoje extremamente carente na cidade, que continua crescente ainda apesar de tudo. Acho que o governo da Telma fez essa inclusão. Ela se preocupou com a questão da Saúde, com a questão da Educação. Várias escolas foram construídas, na época, priorizando a Zona Noroeste, os morros. Ela acabou por fazer processos de urbanização das favelas. A grande parte das favelas foi urbanizada. Então, quanto aos projetos do David, tem, por exemplo, o Projeto Bebê de Risco, que foi montado no meio da gestão e reduziu drasticamente a mortalidade infantil, a ponto de Santos ter a menor mortalidade infantil do Estado, na época. Eu me lembro bem que Santos foi premiada por isso”*.

Na seção seguinte do capítulo, será analisada e discutida a gestão da Saúde na administração Beto Mansur, subdividindo-a em tópicos específicos para cada um dos seus secretários municipais de saúde. No último item se discutem os programas de Saúde Mental e Aids desse governo.

Governo Beto Mansur e a gestão da Saúde – 1997-2000 e 2001-2004

As vitórias eleitorais de Beto Mansur sobre o Partido dos Trabalhadores (PT) ocorreriam, ambas, no segundo turno de cada sufrágio. Em 1996, o candidato Mansur (131.036 votos, 48,9% dos votos), filiado ao Partido Progressista Brasileiro (PPB) superaria Telma de Souza (123.681 votos, 46,2% do eleitorado)¹⁵. O triunfo seguinte ocorreria em 2000, também sobre a ex-prefeita, quando, já com o advento da reeleição, o então prefeito viria a derrotá-la obtendo 139.788 votos (52,2%), contra 127.394 (47,8%) da adversária¹⁶.

Beto Mansur é engenheiro eletrônico, empresário e radialista. Elegeu-se vereador e deputado federal em 1990 e 1994, pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), abandonando-o e ingressando nas fileiras do Partido Progressista Brasileiro (PPB), no qual alcançou suas duas vitórias para o Executivo municipal (Santos, 2003). O prefeito encerrou sua gestão sem filiação a algum partido político, o que denotaria, além das migrações anteriores, uma incompatibilidade ou menor importância atribuída por Mansur à prática e à fidelidade partidária.

¹⁵ Fonte: Tribunal Regional Eleitoral; Fundação Seade.

¹⁶ Idem.

Gestão Odílio Rodrigues Filho – 1997-1998

O primeiro secretário de saúde escolhido por Beto Mansur foi o médico reumatologista Odílio Rodrigues Filho, filiado ao PDT, que, ao assumir o cargo, comprometeu-se em manter e aperfeiçoar os programas que vinham dando certo na administração petista, afirmando que o prefeito eleito havia firmado compromisso com o Sistema Único de Saúde em seu programa de governo. Rodrigues conhecia os desafios de suceder a administração petista na saúde em Santos e que todos os olhares da comunidade local e mesmo na cena política nacional estariam voltados para sua performance à frente da secretaria. Sabendo da visibilidade nacional e do êxito alcançado pelos programas da gestão anterior, Rodrigues criticou apenas maneira como, segundo ele, o governo petista contratava os funcionários para cargos de confiança, nomeando, para a direção das unidades de saúde, pessoas de outras cidades e alheias ao corpo da Secretaria Municipal, o que desestimulava os funcionários. Já ele passaria a assumir o critério da competência para a escolha dos cargos de direção, independentemente do partido político do profissional.

Segundo Rodrigues, em entrevista concedida à pesquisa: *“nesse período que a gente ficou, nós sucedemos os oito anos do governo do PT. Implantaríamos uma nova postura gerencial, que uma Secretaria de Saúde com programas de Saúde adequados para a época exigia. Com programas de saúde estabelecidos. A gente achava que não existia um controle gerencial adequado. Não os programas, mas a secretária como um todo. A gente tentou reestabelecer o controle gerencial com ferramenta de gestão, com controles administrativos mais rigorosos, controles financeiros mais rigorosos”*. Observa-se, no relato de Rodrigues, uma crítica à falta de planejamento nas administrações que sucedeu, e à inexistência de uma agenda de prioridades na implantação dos programas de saúde, que teriam sido instituídos de forma intempestiva ou em razão de eventos imprevistos que acabariam imprimindo uma marca de gestão petista.

Com relação ao Programa de Aids, especificamente, o secretário firmou o compromisso de mantê-lo – uma vez que a vitória de Mansur gerou uma preocupação entre os pacientes atendidos pelo programa e familiares de que seu tratamento poderia ser interrompido – além de incrementá-lo através de ações educativas e também investir na solução da crônica falta de leitos na rede conveniada ao SUS.

Indagado pelo *A Tribuna*, em entrevista de janeiro de 1997, logo no início da sua gestão, se o programa de Saúde Mental implantado em Santos não teria uma feição muito “*de esquerda*”, o que veio a torná-lo alvo de críticas, especialmente de profissionais ligados ao governo do Estado, referindo-se ao programa de *desospitalização* adotado pela gestão petista, Rodrigues afirmou que, lamentavelmente, a doença mental não desaparece por decreto, e há pacientes que necessitam de internação, porém em hospitais gerais para que não retorne o estigma que a doença mental carregava na época do Hospital Anchieta. O secretário afirmou, ainda, que mesmo nos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPs) já se realizavam internações durante a gestão anterior, existindo, então, mais de 50 pacientes nessa situação, apesar de, segundo sua opinião, a coordenadoria anterior do programa sempre divulgar ser contrária à internação psiquiátrica.

Ao longo dos 20 meses em que se manteve à frente da pasta da saúde, Rodrigues manifestou seu compromisso com o SUS e sua efetiva implantação na cidade, através de metas e prioridades que seriam definidas previamente. Esse argumento da definição prévia de metas e objetivos também consistia uma crítica à gestão petista, que, segundo o secretário, não primava pelo trabalho através do planejamento, agindo mais por impulso ou por conveniências políticas.

Entretanto, logo uma série de dificuldades veio impor obstáculos ao cumprimento das metas preestabelecidas, como a interdição do serviço de hemodiálise da Santa Casa de Santos, a paralisação do hospital dos servidores e a epidemia de dengue que se abateu na cidade, em 1997. Além disso, o

secretário queixava-se que o pagamento dos fornecedores estava atrasado desde abril de 1996, último ano do governo Capistrano, além da necessidade de sanear várias informalidades administrativas, outra crítica à gestão petista, que seriam incompatíveis com sua maneira de governar (*A Tribuna*, 25/08/1997).

Enorme percalço enfrentado pela gestão Rodrigues, apontado anteriormente, foi a grave crise de dengue que assolou o Brasil, o Estado de São Paulo e, em particular, o município de Santos, a partir do ano de 1997. Segundo o secretário, a cidade teria sido mais vulnerável ao *aedes aegypti*, mosquito transmissor da doença, pelas suas condições climáticas e também pela circulação de pessoas de outras regiões infectadas pelo vírus da dengue, em razão da existência do porto e do turismo. O combate à epidemia de dengue tomou a agenda municipal de saúde, na segunda metade de 1997 e no ano seguinte, forçando a administração a elaborar um plano de erradicação do mosquito, não obstante a epidemia se mantivesse e voltasse com intensidade no ano seguinte.

Entretanto, a maior dificuldade enfrentada por Rodrigues não foi herdada da administração petista, mas sim oriunda de uma decisão do prefeito Beto Mansur. Durante a gestão petista, a Secretaria de Saúde tinha autonomia para a realização de despesas, desde que seguindo os ritos legais da concorrência pública e da realização de licitações, e era a própria que contratava e realizava o pagamento dos funcionários lotados na pasta e na rede de Saúde. Resolução do prefeito Mansur esvaziou a autonomia da Secretaria municipal, transferindo para as pastas financeiras e administrativas do município as competências relacionadas à realização de despesas, pagamento e contratação de funcionários, numa manobra de reconcentração do poder para a chefia do executivo municipal.

A implicação dessa decisão do prefeito Mansur foi analisada na entrevista concedida por Rodrigues, que, por solicitação da pesquisa, teceu comentários sobre as gestões de seus sucessores Edmon Atik e Tomas Sörderberg: “na realidade, observamos que houve uma dificuldade,

provavelmente maior, para esses dois secretários; foi possível perceber que houve uma concentração maior do poder central nas decisões de Saúde. Por exemplo: a licitação passou para a Secretaria de Administração; a necessidade de pedido de empenho passou para a Secretária de Finanças”.

Essa decisão foi o principal motivo para a saída de Rodrigues da pasta, no segundo ano da administração Mansur, pois o secretário não concordou com a medida, uma vez que impossibilitaria sua meta de investir na expansão do SUS municipal, afetando a qualidade dos serviços oferecidos à população. Essa reconcentração de poder foi mantida ao longo dos oito anos da administração Mansur, com impactos negativos no sistema de saúde, que serão apontados ao longo deste capítulo, como, por exemplo, a redução ou sucateamento dos equipamentos de saúde, decréscimo no número de médicos e aumento do tempo de espera para marcação de consultas e realização de exames, provocando grande descontentamento na população e ocupando muito espaço na mídia local.

Apesar das dificuldades apontadas, Rodrigues conseguiu imprimir algumas marcas no período em que esteve à frente da Secretaria Municipal de Saúde: aumento dos atendimentos da rede básica e do número de partos realizados pelo SUS, com redução da taxa de cesáreas, elevação do número de atendimentos odontológicos, significativo incremento no número de pacientes soropositivos recebendo medicamentos anti-retrovirais (de 350 pacientes para 731), e implantação de novos programas, como o Nascer e Viver, visando acompanhar as gestações de risco, o Programa de Saúde do Encarcerado, Prevenção de Câncer de Pele, Programa de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, Programa do Idoso, implantação do Núcleo de Atendimento ao Toxicodependente Menor de 14 Anos (Natinfantil) e criação de unidades móveis de atendimento odontológico.

Entretanto, descontente com os rumos do governo Mansur e com a sinalização de que a saúde não seria uma prioridade nesse governo, especialmente demonstrada pela anteriormente comentada perda de autonomia

administrativa e financeira da Secretaria municipal, além do desgaste provocado pela epidemia de dengue e pela recusa, por parte da administração municipal, de serem criados cargos para a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (aprovada na V Conferência Municipal de Saúde, em 1998), o que viria a ocorrer na próxima gestão da saúde, Rodrigues apresentou, em outubro de 1998, sua renúncia ao prefeito Mansur, que escolheu o ginecologista Edmon Atik para sucedê-lo.

Rodrigues deixou o governo muito respeitado, inclusive pelos petistas, conforme ilustra relato obtido através da entrevista com Fábio Mesquita, coordenador do Programa de DSTs/Aids no governo Telma de Souza, quando afirmou que *“o Beto Mansur teve um momento um pouco melhor na sua primeira gestão, que foi quando ele indicou um médico muito respeitado na cidade, o Odílio, como secretário municipal de Saúde. Era um cara muito ligado à Santa Casa. Um médico tradicional da cidade. Teve muito cuidado com a coisa pública, mas não era um quadro de Saúde Pública. Portanto, ele tinha as limitações e, às vezes, compreendia a Saúde por um viés de quem entendia como um administrador hospitalar. O que é diferente. Primeiro pela ênfase que você pode dar num ou noutro extremo da coisa. Ou você dá uma ênfase no conjunto da rede. Tem gente que dá ênfase só na rede básica. Tem gente que dá ênfase só no hospital”*.

Nas entrevistas foram formuladas também críticas contundentes ao início da administração Mansur, que podem ser sintetizadas no seguinte relato: *“O que fez o novo prefeito ao assumir? Primeiro que o Beto Mansur dizia que na Saúde só tinha petista. Ele sabia que nos concursos que o David fez logo na gestão da Telma, e através do David, entrou muita gente de fora que veio empolgada com a possibilidade de montar um Sistema de Saúde que fosse referência nacional. O que ele fez? Mudou todas as gerências, tirou todo mundo que era da época e que tinha acumulado experiência de oito anos de Telma e David, porque o David manteve a maior parte das pessoas. Ele trouxe o pessoal da velha-guarda que era da direção antes”*.

Rodrigues reassumiria a Secretaria Municipal da Saúde em 2005, com a vitória de João Paulo Tavares Papa em pleito realizado no ano anterior, mas não sem antes acertar com o novo prefeito a retomada da autonomia administrativa da sua pasta, conforme revelou na entrevista: *“quando aceitei o convite do prefeito Papa para que assumisse novamente a Saúde, impus como uma das condições para aceitar que a secretaria retomasse a compra e a licitação, com o controle financeiro-orçamentário. Isso é uma conquista da Saúde Pública. Ter o dinheiro da Saúde, ter o controle do financeiro e do orçamento, das compras, das licitações, não por qualquer desconfiança com quem faz isso. É porque na realidade quem está na Saúde conhece mais rápido as prioridades, aquilo que tem que ser mais agilizado. Se a gente ficar sempre na dependência de uma decisão fora do alcance da secretaria e sob o processo de demora que prejudica o atendimento da secretaria”*.

Gestão Edmon Atik – 1998-2000

O novo titular da pasta, filiado ao PDT e ligado politicamente ao prefeito, assumiu afirmando querer imprimir o “Timbre Mansur” na Saúde, o que significaria vibração e empenho das equipes e “alegria” (*Jornal Local*, 14/11/1998). Nessa entrevista, ele afirmou que pretendia implantar, para solucionar os problemas dos moradores da Região Noroeste, área mais pobre da cidade, a *“Educação Popular em Medicina”*, que orientaria a população a procurar o serviço de saúde certo. Assim, o Pronto-Socorro municipal somente deveria ser solicitado em casos de urgência e emergência, sendo que as consultas e os atendimentos de rotina seriam realizados na rede ambulatorial. A população seria orientada através da *“conversa”*, da *“explicação”*, através do *“contato com as pessoas”*. Segundo as palavras do novo secretário: *“antes da ciência, uma palavra de carinho (...), quero ser amigo das pessoas e que também sejam meus amigos”*.

Entretanto, pelo que parece, pouco durou a amizade entre o Dr. Atik e a população. Os serviços e o atendimento à saúde começaram a apresentar

falhas, provocando críticas por parte dos usuários. Reportagem do *Jornal Local*, publicada em 21/02/1999, destaca que “longas esperas para o agendamento de consultas e demora nos resultados de exames de laboratórios, falta de medicamentos e carência de número suficiente de médicos especialistas, problemas nas instalações hidráulicas e na limpeza geral. Estas são as críticas mais comuns que se ouvem com cada vez mais frequência de usuários a respeito do atendimento no sistema municipal de saúde, seja nas policlínicas, nos prontos-socorros ou nos NAPS. As autoridades, porém, negam qualquer problema, qualificando as reclamações de infundadas e garantindo que a cidade nunca teve um serviço tão bom no setor como agora”. Essa, como qualquer outra matéria ou entrevista publicada em jornais ou revistas, deve ser lida de forma crítica, uma vez que a imprensa costumeiramente está associada a causas e interesses que devem ser lidos nas entrelinhas do texto publicado. Não existe imprensa neutra, como não existem ciências sociais neutras. Porém, a matéria apresenta alguns elementos e indícios que denotam com clareza a decadência do sistema de saúde santista.

Por exemplo, nessa mesma matéria, o vereador Manoel Constantino, da base do governo, alegou ter oficiado ao secretário municipal de saúde a necessidade de melhoria no atendimento de duas policlínicas, solicitando aumento no número de médicos e na “cota” de medicamentos, compra de medicamentos e serviços de manutenção. O vereador afirmou ter avisado o secretário que, segundo ele, muito cordialmente, haveria dito estar com “dificuldades para contratar médicos, porque o prefeito não dá (sic) dinheiro”. Quanto aos remédios, o secretário garantiu que todas as policlínicas receberam um “kit básico de primeira necessidade” e nada estaria em falta. Essas palavras revelam bem a condição da saúde nesse período: Apenas o “básico” seria oferecido, sabendo-se que a população necessita do “especializado”, de alto custo, de uso contínuo, de acordo com sua enfermidade e com a garantia do seu tratamento.

Além disso, em 1998 e nos anos seguintes, a cidade de Santos devolveria ao Ministério da Saúde recursos financeiros recebidos e que não

havia sido gastos, uma vez que vieram com finalidade específica, “carimbados”, e se não aplicados deveriam ser devolvidos à União. Muitas vezes, na sistemática de repasses adotada pelo SUS no âmbito da NOB 96, o município deveria apresentar uma contrapartida de gasto com recursos próprios para que pudesse utilizar o recurso transferido pelo MS, sendo que a devolução não era incomum no final dos anos 90, pois as cidades não tinham recursos para realizar a contrapartida ou preferiam não fazê-lo. David Capistrano, ex-prefeito também ouvido na matéria, disse que “a saúde do município foi entregue justamente aos inimigos do SUS. O mesmo acontece no que se refere à saúde mental, hoje dirigida por pessoas ligadas à antiga administração da Casa de Saúde Anchieta”.

Capistrano denunciou ainda que, na gestão Mansur, “foram implantados relógios de pontos e outras medidas de controle burocrático, confundindo eficácia e dedicação com burocracia. Parece que os interesses daquela parcela da classe médica e odontológica que temia o esvaziamento de seus consultórios particulares com o êxito das policlínicas estão prevalecendo, para desespero da população” (*Jornal Local*, 21/02/1999). Essa última foi uma crítica bastante difundida pelos opositores da gestão Mansur, particularmente os petistas, de que a qualidade do atendimento na rede do SUS durante sua gestão teria levado a classe média da cidade a utilizar os serviços públicos, trazendo significativos prejuízos às organizadas corporações dos médicos e dentistas da cidade, além dos planos de medicina privada, como a Unimed. Para Atik, nenhuma das reclamações e pedidos feitos, seja por usuários ou pela população, procedia, pois na sua opinião o sistema de atendimento era brilhante, não havendo falta de médicos, equipamentos e medicamentos, sendo que a demora nos exames laboratoriais era rotina, e as críticas na verdade partiram de seus inimigos e inimigos de Beto Mansur (*Jornal Local*, 21/02/1999).

A grande marca que Edmon Atik procurou imprimir à sua administração foi, sem dúvida nenhuma, a implantação, em abril de 2000, na cidade de Santos, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde para intervir na prevenção de doenças e na promoção da saúde. O

Ministério comprometeu-se a repassar, aos municípios que aderissem ao programa, um montante anual de recursos financeiros incorporados ao Piso da Atenção Básica (PAB) municipal, conforme discutido no capítulo sobre a descentralização da política de saúde no Brasil.

Numa primeira etapa, foram capacitados 90 agentes para atuar no programa e começar as visitas domiciliares, sendo implantado primeiro na região Noroeste, a mais pobre da cidade. Os agentes deveriam ser moradores da região, pressuposto tradicional do programa, uma vez que isso facilitaria a ação junto à comunidade. Durante as visitas, as famílias eram cadastradas, verificava-se a condição dos moradores quanto à regularidade das vacinações obrigatórias, se as gestantes estavam sendo submetidas a exames pré-natais, além de educar a população sobre hábitos de higiene e alimentares e a correta utilização de medicamentos prescritos pela rede de saúde. Essa equipe de 90 agentes foi a única implantada durante a gestão de Atik, quantidade considerada irrisória, o que acabou provocando uma enormidade de críticas ao secretário.

Com esse programa, que posteriormente passou a se chamar Programa de Saúde da Família (PSF), o secretário tinha esperanças de reorganizar o sistema de saúde, estabelecendo as policlínicas como porta de entrada da rede e diminuindo a procura pelos outros equipamentos municipais, como o Pronto-Socorro e os Hospitais Filantrópicos. Nas palavras do secretário Edmon Atik, em entrevista concedida à pesquisa, referindo-se aos agentes de saúde: *“eles entram e comem um bolinho, tomam um café e a pessoa não fica ansiosa em ir à policlínica, que aqui em Santos é erradamente chamada de policlínica. É uma Unidade Básica de Saúde, que eu quis corrigir, mas o Beto não permitiu por causa das críticas políticas que ele receberia do PT, lamentavelmente. Mas veja que o PSF é uma maneira de você penetrar no lar da pessoa, dar tranquilidade e cultura médica, cultura de saúde, porque o médico passa a ser, como há 100 anos, o médico de família”*.

Ainda durante a gestão Edmon Atik, a prefeitura finalizou a construção do Hospital Municipal Arthur Domingues Pinto, na Zona Noroeste, cuja

idealização aconteceu ainda durante a gestão David Capistrano, que tencionava batizar o hospital com o nome do líder revolucionário Ernesto Che Guevara, idéia que não foi adiante com o fim do governo petista.

Durante a administração Beto Mansur, começou a ganhar espaço, no discurso oficial, a atribuição da responsabilidade pelas dificuldades enfrentadas pela saúde municipal ao fato de a cidade atender a um número elevado de pessoas residentes em outros municípios. Essa realidade é inegável, porém, a pesquisa observou que, durante as gestões Atik e Tomas Söderberg, esse argumento adquiriu espaço central na visão oficial sobre a crise de Santos, embora esse fenômeno seja histórico e persistira até os dias de hoje. O Ministério da Saúde está procurando solucionar esse problema, não apenas em Santos, mas em todos os pólos regionais do Brasil, através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e da Regionalização da Assistência à Saúde, preconizada pela Norma Operacional da Atenção Básica (NOAS).

Outro fator importante incorporado ao discurso oficial para justificar as dificuldades enfrentadas pela saúde foi a migração de usuários de planos de saúde para o SUS, o que estaria sobrecarregando o sistema público e provocando falta de leitos e maior demora para marcação de consultas e realização de exames na rede pública. Segundo matéria publicada no jornal *A Tribuna* (06/08/2000), “os serviços com cobertura pelo SUS nunca foram tão procurados pela população santista. Antes reduto das classes pobres (sic), a rede SUS agora recebe os pacientes que não conseguem mais pagar os convênios particulares. E o aumento da demanda se choca com as verbas insuficientes para a Saúde”. Nessa mesma matéria, Atik justifica-se afirmando que, nos últimos dois anos, entre 30% e 45% dos usuários dos planos de saúde migraram para o SUS, o que aumentou o custo da rede pública. O secretário não citou a fonte estatística que revelou esses dados, porém, a migração de pacientes da rede privada para o SUS já ocorrera antes na cidade, especialmente nas administrações petistas, quando, atraída pela qualidade do atendimento oferecido, especialmente nas policlínicas, parcela significativa da

população passou a utilizar serviços públicos em detrimento daqueles que exigem pagamento, fato este verificado nas entrevistas obtidas para este estudo.

A gestão Edmon Atik foi marcada por muitas críticas diante da situação da saúde municipal em Santos. Algumas delas aparecem em artigo assinado pela vereadora petista Maria do Socorro Matos e publicado, no jornal *A Orla*, de 24/09/2000, que, apesar do evidente caráter oposicionista, denuncia a redução de profissionais nas policlínicas, a demora para se conseguir uma consulta e exames laboratoriais, além da falta de medicamentos e da desativação, desde dezembro de 1999, do programa de informatização da rede, iniciado na gestão Capistrano, sendo esta última crítica também formulada por pessoas ligadas ao governo Beto Mansur.

Com a reeleição do prefeito, ocorrida em 2000, foi iniciado o processo de escolha do novo secretariado e um dos principais alvos de “fritura” no primeiro escalão foi exatamente Edmon Atik, que afirmou ser vítima de críticas injustas e que gostaria de continuar na função no segundo governo do pepebista (*A Tribuna*, 17/11/2000). Segundo o jornal, pesaria contra o secretário o ônus do desgaste político fora do governo e dentro de alguns setores da administração, além do fato de, durante a campanha eleitoral, a Secretaria da Saúde ter sido o principal alvo de ataques à gestão Mansur, por parte dos candidatos adversários. Nas palavras do secretário, “durante a campanha, três candidatos tentaram denegrir a imagem da secretaria, numa campanha de desinformação” (*A Tribuna*, 17/11/2000), referindo-se a Telma de Souza, Edmur Mesquita (PSDB) e Tomas Söderberg (PST). Este último viria a ser escolhido pelo prefeito, dias depois, para ser o seu secretário municipal de saúde durante todo o segundo mandato.

Gestão Tomas Söderberg – 2001-2004

Para seu segundo mandato à frente da prefeitura municipal de Santos, Beto Mansur escolheu o médico ortopedista e vereador Tomas Sorderberg para a pasta da saúde. Árduo opositor do prefeito durante o primeiro turno da eleição municipal, os dois firmaram um acordo de apoio no segundo turno, quando Mansur derrotou a ex-prefeita petista Telma de Souza, no qual Sörderberg teve promessa de assumir a secretaria municipal de saúde, caso Mansur vencesse o pleito. Esse acordo, apesar de benéfico ao prefeito num primeiro momento, criou uma grande “sombra” para Beto Mansur no seio de sua própria administração, pois Sörderberg seria um potencial oponente seu em eleições futuras, inclusive na sucessão do Executivo municipal.

Essa tensão teve reflexos na administração da saúde, segundo relato obtido na entrevista com Selma Freire, assessora da Secretária Municipal da Saúde na gestão Sörderberg: *“se bem que Tomas não teve a oportunidade de fazer muitas coisas que foram feitas na época do David Capistrano. Acho que ele teve muita sorte, pois qualquer secretário tem que ter uma coisa muito importante, tem que estar junto com o prefeito. Acho que na época do David ele teve um apoio maior no que tange ao financiamento, ao investimento. Na minha opinião (entre o Tomas e o Beto) não houve um caminhar, não andaram juntos. Acho que poderia ter sido melhor se houvesse uma afinidade maior entre os dois, talvez o relacionamento entre os dois, porque tudo é afinidade, compreensão também”*.

O relato descrito acima revela uma gestão marcada por conflitos entre o prefeito e o secretário municipal de saúde, o que certamente provovou impacto na gestão Sörderberg. Gaúcho de Santa Rosa, filho de missionários evangélicos de origem Batista, da Suécia, Tomas Sörderberg iniciou a vida pública no PDT, partido que o abrigou por cinco anos até que se transferisse ao PTB, no qual se manteve por dez meses até filiar-se ao PST, após convite de Mário Covas, segundo suas palavras (Jornal *Área Continental*, 08/04/2001). Assim como Mansur, o secretário parece pouco afeito à fidelidade partidária, passando por

partidos com colorações ideológicas nem sempre próximas ou nítidas. Na referida entrevista, o novo secretário se define como possuidor de “um perfil de centro-esquerda, principalmente no tocante à saúde. Eu acredito muito na saúde pública, não descarto a saúde particular, a medicina particular tem o seu espaço e hoje preenche uma lacuna importante no tocante à saúde brasileira. Mas isso não tira de nós o alvo maior, que é o fortalecimento da saúde pública. Acreditamos que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, quando consideramos que é o próprio cidadão que sustenta o Estado” (Jornal *Área Continental*, 08/04/2001).

As palavras do secretário revelam a força do conceito “saúde pública” em Santos, cuja importância tornou-se inquestionável após a passagem do PT pela administração, embora sua adesão a ela tenha poucos efeitos de ordem prática e somente poderia ser comprovada ou refutada ao final da sua gestão. Ele demonstra ainda confundir os conceitos de “cidadão” com “contribuinte”, quando afirma que é o próprio cidadão que sustenta o Estado. Na verdade, a preocupação maior do Estado deve ser com aquele que nem ao menos possui condições de participar do seu sustento, o que é reafirmado no princípio constitucional da equidade, estabelecido para o SUS.

O primeiro desafio enfrentado por Sörderberg, dificuldade que permaneceu durante toda a gestão, foi a falta de medicamentos de uso contínuo na rede municipal de saúde, escassos nas policlínicas já no final da gestão Atik, transformando-se em problema fartamente explorado pela imprensa local. Além disso, outro percalço relacionado aos medicamentos teve que ser enfrentado no início do segundo mandato de Beto Mansur, que foi a incineração de mais de 80 mil comprimidos armazenados no almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde, porque não foram utilizados antes do vencimento da data de validade. Os medicamentos, que seriam usados no tratamento da tuberculose, venceram no início de janeiro e tiveram que ser destruídos (*A Tribuna*, 15/03/2001). Sörderberg justificou este procedimento, afirmando que os remédios faziam parte de um lote do Governo do Estado que iria vencer e teriam sido repassados às prefeituras para que fossem distribuídos com agilidade, porém, a demanda

em Santos pelos medicamentos havia diminuído pois os pacientes deixaram de usar as drogas, por apresentarem intolerância, ou a doença tornou-se resistente ao seu uso (*A Tribuna*, 15/03/2001).

Apesar das explicações do secretário e da responsabilidade pelo vencimento dos remédios ter sido do secretário anterior, essa foi a primeira grande crise enfrentada por Sörderberg, oferecendo argumentos para que a oposição retomasse o discurso de sucateamento da saúde durante a administração Beto Mansur.

A saraivada de críticas à qual foi submetida a saúde municipal, durante a campanha eleitoral de 2000, teve continuidade em 2001. O vereador petista Fausto Figueira relata que estava havendo má gestão dos recursos para a saúde, ao apontar que o sistema de informática da Secretaria municipal mantinha-se desativado desde dezembro de 1999, provocando demora na marcação de consultas. Além disso, os pacientes da rede enfrentavam a falta de medicamentos e de infra-estrutura básica nos hospitais conveniados aos SUS (*Jornal Local*, 07/04/2001). O secretário defendeu-se, afirmando estar à frente da administração há apenas quatro meses e que a rede de informatização seria reestabelecida em alguns meses, fato que não ocorreu até fevereiro de 2005, conforme verificado durante as pesquisas de campo deste estudo.

Existia ainda o fato de o quadro de funcionário municipal da saúde ter sido composto, na gestão Atik, por contratações realizadas através da Lei 650, que permite contratação sem concurso público em caráter de urgência, e esses contratos estavam em fase de finalização e não poderiam ser renovados. Não havia autorização da administração municipal para realização de concursos públicos e nem para a contratação através de outras modalidades, em razão de contingenciamentos orçamentários, o que tornava cada vez mais crítica a insuficiência de recursos humanos na rede de saúde da cidade.

Essa situação provocou, em julho de 2001, a redução no horário de funcionamento das policlínicas, que, desde sua criação na gestão Capistrano, atendiam no período noturno na tentativa de ampliar o acesso das pessoas que

trabalhavam durante o dia e necessitavam recorrer aos serviços em horários alternativos. Tal medida sofreu duras críticas do Conselho Municipal de Saúde, rebatidas pelo secretário com a justificativa de que o trabalhador pode ausentar-se do trabalho para uma consulta médica, em função do atestado concedido pela policlínica (*A Tribuna*, 24/10/2001).

Da mesma forma que seu antecessor, Sörderberg atribuía as mazelas do setor saúde à migração de usuários de planos particulares para a rede pública, assim como à “*invasão*” de moradores de outras cidades que utilizavam os serviços do SUS em Santos. Assim, para o ano de 2002, foi estabelecida como meta prioritária para Santos completar o cadastramento dos munícipes para que todos recebessem o cartão do Sistema Único de Saúde, Cartão SUS, através do qual o paciente seria identificado e, sendo morador de outra cidade, um ressarcimento seria cobrado do seu município de origem.

O Cartão SUS não foi uma idéia original de Santos, sendo iniciativa do Ministério da Saúde não com a finalidade prevista por Sörderberg, mas sim para criar um prontuário, para fins epidemiológicos, e um cadastro único dos pacientes atendidos do SUS, para exigir ressarcimento dos planos e seguros de saúde que têm seus conveniados atendidos pelo sistema público. Nenhuma das iniciativas vigorou. O ressarcimento dos planos e seguros privados sofreu questionamentos e revezes na Justiça, surtindo resultados extremamente modestos, enquanto o atendimento da população de um município em cidades vizinhas, com ressarcimento dos serviços, vem sendo negociado através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e dos demais mecanismos previstos na NOAS, conforme observado anteriormente.

Como a implantação do Cartão SUS não surtiu os efeitos esperados, quanto ao atendimento de moradores das localidades vizinhas, além de não ter ocorrido nenhum incremento significativo nos recursos financeiros do orçamento municipal para a área da saúde, os dois últimos anos da gestão Sörderberg foram marcados pela carência de recursos para implantação de projetos muito audaciosos na cidade. O município passou então a envidar gestões frente ao

Ministério da Saúde, no sentido de elevar o teto de recursos financeiros transferidos para o município. Insistindo na questão do atendimento de moradores de outras cidades e no fato de que Santos, durante um terço do ano, na temporada de verão, tem sua população dobrada em razão dos turistas, o prefeito Beto Mansur e o deputado federal Vicente Cascione, cuja base eleitoral é na cidade, foram recebidos, em 18 de março de 2003, pelo ministro da Saúde, Humberto Costa, e pelo secretário executivo do Ministério, Gastão Wagner, para expor que a cidade deveria ter uma consideração especial nos repasses de verbas do SUS, diante de suas peculiaridades e características (*A Tribuna*, 19/03/2003). Porém, como o atendimento às demandas de Santos provocaria enorme grita nos demais municípios brasileiros, o pleito não apresentou grandes resultados e a cidade continuou a sofrer com as restrições financeiras para a área social.

No entanto, é necessário que se faça uma observação. Com o advento de Emenda Constitucional 09, que vincula parcela das receitas das esferas públicas ao financiamento da saúde, os municípios se vêem obrigados a realizar gastos nesta área, e uma cidade rica como Santos vai decidir se investe em Saúde os mínimos exigidos pela Constituição, ou se prioriza a área no processo de tomada de decisões da sua gestão. O que se verifica em Santos é que a cidade não deixou de gastar em saúde, como não poderia deixar de fazê-lo, mas os recursos foram se tornando insuficientes na medida que a área deixou de ser prioritária na administração municipal, o que levou o Conselho Municipal de Saúde, em outubro de 2003, a denunciar a prefeitura ao Ministério Público, através de um relatório que constata irregularidades no sistema de saúde da cidade. Entre os problemas destacados no relatório do CMS, estão a falta de medicamentos e de materiais, dificuldade para o agendamento de consultas e deficiência no quadro de funcionários e na manutenção de equipamentos. Apesar do evidente caráter oposicionista assumido pelo Conselho Municipal de Saúde no governo Mansur, essas críticas encontraram respaldo no material pesquisado e evidenciam que a saúde deixou de ser uma prioridade nesse

governo, diferentemente daquilo que marcou as administrações de Telma de Souza e David Capistrano.

Ainda sobre a relação entre o governo Mansur e o Conselho Municipal de Saúde, os relatos obtidos nas entrevistas revelam que houve muitos conflitos. As pessoas mais próximas ao governo Mansur apontam um aparelhamento do Partido dos Trabalhadores no CMS, que viria a fazer oposição sistemática ao prefeito ao longo dos oito anos de seu mandato: *“o Conselho Municipal de Saúde era todo composto por petistas e bloqueou a autorização para instalação do PSF, porque eles sabiam da qualidade do programa e, como queriam ganhar a eleição seguinte, não queriam que aquilo fosse implantado”*.¹⁷

Sobre o mesmo conselho, nos relatos mais próximos ao petismo, um interlocutor afirmou que *“não dá para comparar o Beto Mansur com o que foi a gestão do David e da Telma. Por exemplo, respeito ao Conselho Municipal de Saúde, que sempre houve nas duas gestões anteriores. Eu sei de várias medidas que foram adotadas no governo do Beto à revelia e contrariando o que o Conselho Municipal de Saúde definia. Por exemplo, processos de capacitação de servidores. A gente implantou em Santos um processo de formação de pessoal auxiliar, fizemos cursos, formamos auxiliar de dentista. Isso foi interrompido. Investíamos na capacitação de profissionais. Uma vez por mês parava todo mundo de trabalhar. Ia ter um processo de formação permanente. Isso foi interrompido a ponto de fechar serviços especializados na área de saúde bucal, o que foi denunciado e combatido pelo Conselho Municipal de Saúde”*.¹⁸

Apesar da sua gestão ter sido freqüentemente submetida a críticas, Sörderberg imprimiu uma marca positiva em algumas áreas, como o controle da tuberculose, da hanseníase e das meningites, criação de um Programa de Saúde do Idoso, que consistiu num cadastro para inscrição da população idosa, para acompanhamento e controle das afecções típicas dessa idade, além da oferta maciça no município de vacina contra a gripe, também para a população idosa, seguindo diretriz estabelecida pelo Ministério da Saúde. Foi aberta

¹⁷ Relato obtido na entrevista com Edmon Atik.

também uma coordenadoria da criança e do adolescente, com a finalidade de criar programas específicos para esse segmento etário.

Políticas de Aids e Saúde Mental no Governo Mansur

Conforme discutido ao longo deste capítulo, as políticas de maior visibilidade e êxito, que servem como símbolo da gestão petista na cidade de Santos, são os programas de Aids e de Saúde Mental, criados e desenvolvidos nas administrações de Telma de Souza e David Capistrano. Ao tomar posse, Odílio Rodrigues, primeiro secretário de saúde da gestão Beto Mansur, assegurou que os programas que haviam apresentado resultados positivos na gestão anterior seriam mantidos e mesmo aperfeiçoados, mas sua administração foi abortada antes mesmo de completar dois anos, e os rumos das políticas de Saúde Mental e de Aids se revelaram distintos durante a administração Mansur.

Quanto à política de Saúde Mental, a administração Mansur procurou, num primeiro momento, desconstruir a boa imagem deixada pela gestão petista, para em seguida abandonar o método do tratamento fora do hospital, conhecido como desospitalização, assumindo uma linha de tratamento mais convencional. Com relação ao processo de apagar a boa imagem formada pela atuação petista na área da saúde, a administração Mansur incentivou a criação de uma Comissão Especial de Vereadores (CEV) na câmara da cidade, para investigar o processo de intervenção da Casa de Saúde Anchieta. Essa CEV, presidida por um vereador do mesmo partido do prefeito Mansur, apontou a existência de um número excessivo de funcionários na Casa de Saúde Anchieta, que havia passado a abrigar o Núcleo de Atendimento a Toxicodependentes (NAT), depois que a casa deixou de internar pacientes com sofrimento mental. Dessa forma, a comissão apontou um suposto empreguismo na Casa Anchieta, idéia fortalecida pelo fato de a gestão petista ter contratado pessoas através do NAT para

¹⁸ Relato obtido na entrevista com Marco Manfredini.

trabalharem em lugares espalhados pela rede municipal, em policlínicas ou outros equipamentos de saúde no município. Tal atitude foi considerada irregular, uma vez que essas contratações foram feitas sem concurso público.

Esse fato, somado a uma suposta utilização de recursos do Fundo Municipal de Saúde para pagamento de gratificações, sem a devida competência legal para isso, fez com que o prefeito Mansur determinasse a instauração de um inquérito administrativo contra o servidor e médico Roberto Tykanori Kinoshita, que atuou como interventor da Casa de Saúde Anchieta durante as administrações Telma e Capistrano (*A Tribuna*, 20/08/1997). Esse processo mobilizou diversos segmentos simpatizantes ao petismo em Santos, principalmente os defensores da intervenção na Casa de Saúde Anchieta e do modelo de programa de Saúde Mental implantado na cidade, em protesto contra o inquérito instaurado sobre Tykanori, que ao final não perdeu seu cargo, obtido através de concurso público, na rede de saúde municipal. Entretanto, esse inquérito e toda a repercussão ofereceram elementos para os opositores da intervenção e do modelo de tratamento fundado na desospitalização.

Nos primeiros meses da gestão Atik, foi divulgada a intenção de rever o Programa Municipal de Saúde Mental, quando o psiquiatra e coordenador da área, Décio Lourenço Reimão, anunciou que pretendia negociar com os hospitais da cidade a instalação de enfermarias psiquiátrica com leitos conveniados ao SUS (*A Tribuna*, 16/02/1999). Segundo Reimão, os NAPS, ponto central do programa criado na gestão petista, “não estariam preparados para atender os pacientes com surtos psicóticos, os casos mais graves, e o que estaria ocorrendo é que essas pessoas estariam sendo atendidas em prontos-socorros e depois encaminhadas aos NAPS para uma segunda etapa do tratamento” (*A Tribuna*, 16/02/1999). O médico afirmou ainda que “há as pessoas desequilibradas que podem ir ao PS e ao NAPS, e há as transtornadas (em surto) que precisam de internação. Os antigos (da gestão anterior) acham que elas não precisam de internação, mas eu acho. A internação em enfermaria é para os casos que haja risco de vida (sic) para si ou para os familiares, com liberação de agressividade” (*A Tribuna*, 16/02/1999).

Assim, o jornal *A Tribuna* anuncia na edição de 06/05/1999, em manchete interna, que *“Saúde Mental retoma as internações psiquiátricas”*. A medida seria reservada apenas para os casos mais crônicos (sic), como psicóticos e esquizofrênicos, uma vez que os NAPS continuariam a existir na sua concepção original, que era o atendimento de surtos psiquiátricos encaminhados pelos prontos-socorros.

A maneira como a administração Mansur tratou a questão da saúde mental ficou implícita na entrevista concedida à pesquisa por Edmon Atik, Secretário de Saúde no governo Beto Mansur, quando afirmou, a respeito da intervenção na Casa de Saúde Anchieta, que *“foi aplauso geral para medida do David. Aplausos internacionais. A Telma fazia um alarido terrível sobre isso. De fato tem todo o meu apoio, porque realmente você podendo levar o paciente para casa é bom. Mas existem alguns que precisam de internação. Nós fechamos o hospital psiquiátrico aqui, mas todos os casos necessitados mandamos para Itapira, diariamente. Diariamente sai carro de Santos, da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura da Santos, para Itapira”*.

Com a retomada das internações psiquiátricas, o Programa de Saúde Mental foi mantido até o final da gestão Mansur sem maiores mudanças ou reformulações, tanto na configuração da rede física, que não foi ampliada nesse período, quanto na adoção de novas ações ou iniciativas em seu contexto. Aliás, o que ocorreu foi a redução daquelas que procuravam reintegrar o portador de sofrimento ou distúrbio mental à sociedade e ao mercado de trabalho, através de oferta de trabalho ou iniciativas que possibilitassem a geração de renda, tradicionais na administração petista e que se tornaram muito tímidas na gestão Mansur, conforme entrevista concedida por Berta Maria Esteves, presidente do Conselho Municipal de Saúde no governo Mansur: *“não tem mais laborterapia, que eram aquelas oficinas que existiam. Elas existem só no papel; aí, você vai lá: Oficina de Bordado. Ah, não tem material para fazer. Então ela não está acontecendo. Existe no papel, mas não na prática. Havia um serviço de manutenção de praças. O pouco que ficou foi da época do PT, não houve ampliação. Porque, no momento, esse prefeito fez praça até dizer chega. Era um*

momento de crescer porque as pessoas ganhavam, tinham remuneração, se mantinham e tinham uma ocupação. Ele deixa de existir. Alguns pacientes psiquiátricos do NAPS trabalhavam no programa da Cohab. Como a Cohab não construiu nada ao longo do governo Beto Mansur – construção foi irrisória – eles deixaram de ter o trabalho e a ocupação. Essa discussão do Saúde Mental vinha pelo Laborterapia”.

Se a política de saúde mental sofreu profundas reestruturações na gestão Mansur, o mesmo não se pode dizer sobre a Aids. As linhas gerais do programa adotado pelos petistas foram mantidas, como o combate à epidemia através de medidas preventivas e educativas, além da continuidade na política de distribuição de preservativos e medicamentos. A maior diferença verificada no Programa de Combate à Aids municipal é que, embora suas linhas tenham sido mantidas, as restrições orçamentárias às quais a saúde foi submetida durante o governo Mansur vieram a comprometê-lo, sendo que seus componentes mais dispendiosos – a aquisição de medicamentos e a realização de exames – sofreram sérios constrangimentos provocados pelo contingenciamento de verbas.

Sobre este fato, *A Tribuna*, em sua edição de 17/06/1999, noticiou um protesto de pacientes soropositivos, realizado na Secretaria Municipal da Saúde. Segundo o jornal, os pacientes do Programa Municipal de Aids estavam sofrendo com a falta de médicos e a demora para a realização de exames. Entretanto, não eram todos os remédios que estavam em falta, mas sim aqueles nomeados como medicamentos secundários, ou seja, utilizados para controle das doenças oportunistas, que aparecem nas recaídas das vítimas da Aids, e cuja aquisição é de responsabilidade do gestor municipal. Já o fornecimento dos medicamentos anti-retrovirais, que impedem a reprodução do vírus HIV, não sofreu qualquer interrupção, sendo que sua distribuição é de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Sobre este assunto, é esclarecedor o relato da presidente do Conselho Municipal de Saúde, sobre os medicamentos: *“aqueles cujo Governo Federal*

repassa, que são os medicamentos de alto custo, não faltam. Mas faltam ácido fólico, sais minerais, vitaminas, Tylenol, Paracetamol, Dipirona. Faltava o básico, que quem tem que fornecer é o município. Isso está relatado e registrado. O conselho registrou e fotografou, pegou as receitas. Houve, assim, um descaso com o serviço". Apesar do caráter evidentemente oposicionista do conselho durante a gestão Mansur, até mesmo numa avaliação política de que essa postura poderia assegurar a manutenção dos avanços obtidos nas administrações petistas, essa denúncia encontra ressonância em vários relatos e nos jornais pesquisados sobre a época.

Essa situação tornou-se crônica, tendo continuidade durante a gestão de Tomas Sörderberg, o que pode ser constatado através de matéria jornalística muito semelhante àquela mencionada anteriormente, com um hiato de cinco anos, em que o jornal *A Tribuna* (08/05/2004) noticiava que pacientes de Aids enfrentam falta de remédios básicos no Centro de Referência em Aids (Craids).

Outra mazela relacionada à Aids não é fenômeno circunscrito à esfera municipal, e vem ocorrendo em todo o mundo, que é a elevação do número de casos registrados em mulheres, mais vulneráveis à contaminação em decorrência de fatores culturais e socioeconômicos. Com o avanço da prevenção e do contágio entre homossexuais e usuários de drogas, além do maior controle da qualidade do sangue usado para transfusões, o segmento mais suscetível ao contágio pelo vírus HIV é o das mulheres heterossexuais, na maioria das vezes casadas, que são contaminadas por maridos ou parceiros que mantêm relacionamentos com outras mulheres ou mesmo com homens, e relutam em usar preservativos, contaminando-as. Essa é a forma de contágio que hoje em dia mais preocupa organismos como a Organização Mundial de Saúde, em termos internacionais, além do Ministério da Saúde e das organizações de combate à Aids e de defesa dos direitos das mulheres.

Considerações sobre as diferenças entre as administrações petistas e Mansur na Saúde

A grande marca da administração petista em Santos foi a ousadia, capacidade de romper com valores pré-existentes, enfrentar resistências morais, culturais e mesmo religiosas. Ousadia de enfrentar a questão da exclusão social e da pobreza através da adoção de políticas públicas voltadas, prioritariamente, para a população mais pobre do município, ou para os setores mais vulneráveis, como soropositivos, prostitutas, usuários de drogas e portadores de doenças mentais. Nessa perspectiva, a saúde foi a política prioritária, adquirindo visibilidade e projeção nacional e internacional. Segundo relato obtido através das entrevistas, pela primeira vez na história de Santos houve preocupação em colocar o serviço público de saúde funcionando nas áreas mais pobres da cidade. Essa marca foi impressa desde o início do governo Telma de Souza, quando Santos fez a opção política de assumir as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde, recém-criado pela Constituição Federal de 1998, interferindo e participando ativamente no processo de viabilização do sistema. Essa marca pode ser vista também na organização de uma rede municipal de saúde, através das policlínicas, assim como na intervenção da Casa de Saúde Anchieta e no pioneiro programa de combate às doenças sexualmente transmissíveis e Aids, primeiro do gênero implantado por uma prefeitura em todo o país.

A saúde em Santos perdeu visibilidade em termos nacionais e internacionais no governo Mansur. Tornou-se mediana, comum, nenhuma grande inovação foi apresentada e a coragem demonstrada por Telma de Souza e David Capistrano não existia mais. Sobre isso, passagem da entrevista com Marco Manfredini, coordenador do Programa de Saúde Bucal no governo David Capistrano, aponta que *“hoje, as pessoas participam de conferências estaduais e nacionais de saúde e não se houve falar de Santos. Isso que eu acho que é emblemático. Então, você não vê, passados aí oito anos, já no fim da gestão do David. Quer dizer... Você não vê nesses oito anos qualquer referência à saúde*

de Santos em canto nenhum... Numa conferência nacional de saúde, num congresso de secretários municipais de saúde”.

Além disso, segundo relatos dos entrevistados próximos a Beto Mansur, o prefeito não teve na Saúde uma área de ação prioritária em seu governo. Isso foi mencionado na entrevista concedida por Edmon Atik: *“se você me perguntar se o Beto tinha um plano como prioritário de Saúde? Não. Era o secretário que dava isso. Como estes que se elegeram agora. No caso, o meu amigo João Papa. Também ele não elencou a prevenção como seu fator fundamental e sem a medicina curativa. Infelizmente”.*

Dessa maneira, se houve alguma política ou êxito na administração da saúde durante a administração Mansur, isto ocorreu muito mais em decorrência de iniciativas dos próprios secretários municipais de saúde ou então pelo trabalho dos servidores da rede municipal, do que pelo fato de a Saúde ser uma prioridade de governo. Pelo contrário, deixou de ser prioritária em detrimento de uma política de estética urbana, com ênfase no embelezamento da região da orla e da criação de praças ou mesmo da ciclovia, que atravessa quilômetros da cidade. O bom-senso não permite criticar esse tipo de realizações. Certamente são boas, elevam a auto-estima da cidade, atraem turistas, geram empregos e melhoram a qualidade de vida. Ruim é quando a administração pública enfrenta períodos de escassez de recursos, como amiúde acontece no Brasil em todas as esferas públicas, e a decisão governamental prioriza obras de estética e embelezamento urbano, ignorando a possibilidade de implantar uma política que radicalize no enfrentamento da questão da desigualdade, da pobreza e da proteção aos setores minoritários, marginalizados e excluídos.

Outra diferença significativa é que, na administração petista, a saúde era considerada uma questão política, um princípio ideológico fundamentado na possibilidade de utilizar a política pública como ferramenta de combate às desigualdade. Ao serem politizadas as questões, promoveu-se, mesmo que de maneira institucionalizada, a criação do Conselho Municipal de Saúde e a participação da comunidade como, por exemplo, através da revitalização de

antigos espaços comunitários existentes em Santos, chamados de “Sociedades de Melhoramentos”, que permitiram as comunidades pressionar o poder público e fortalecer iniciativas, como aquelas que visavam construir unidades de saúde nas regiões mais pobres da cidade. Essa participação da comunidade é ilustrada em relato de Jocelene Batista Pereira, médica que atuou na rede municipal de Saúde durante os governos Telma de Souza, David Capistrano e Beto Mansur, sobre a construção de uma unidade de saúde na Zona Noroeste da cidade durante a administração Telma de Souza. Esse relato aponta que a unidade *“foi desde o início muito diferente, porque a Comissão de Saúde ficou ativa durante todo esse período (da sua construção). A administração tinha muita dificuldade com recurso financeiro, herdou também uma dívida grande, a infra-estrutura da cidade era extremamente precária, e, então, as reformas demoraram. A população fez reforma, fez balcão, fez a recepção na frente, fez uma cobertura tudo em regime de mutirão. O David foi várias vezes ver os nossos mutirões. As mulheres iam para cozinhar e os homens na construção, iam marceneiros... A administração comprava material e eles construíam. Eu me lembro que na festa de inauguração teve um grande forró. Foi muito interessante, foi bem legal. A gente não tinha móvel para inaugurar. Pegamos móveis de outra unidade e levamos para lá. No outro dia teve que tirar tudo...”*.

Beto Mansur promoveu o inverso, diminuindo a tensão política das políticas sociais, uma vez que seu compromisso com os pobres e as parcelas minoritárias da sociedade não foi além do discurso eleitoral. Em Santos, os pobres são minoria, pois a cidade é majoritariamente composta pela tradicionalmente chamada classe média, o que facilita tornar invisível a questão da pobreza e da exclusão social. A capacidade de tensionamento do Conselho Municipal de Saúde e das comunidades foi drasticamente reduzida no governo Mansur, adquiriu *“invisibilidade”*, sendo substituída pela fragmentação da chamada *“opinião pública”*, que se mostrou satisfeita com as melhorias desenvolvidas pelo prefeito na cidade. Nesse clima de despolitização, as pessoas pobres acabam aceitando o seu lugar, por falta de articulação e canal político para demonstrar sua insatisfação, ou mesmo um desalento que, quando

muito, ocupa espaço nos periódicos e na imprensa local no formato de queixas sobre falta de medicamentos na rede pública, longas filas para realização de consultas e de exames e a crônica carência de leitos hospitalares.

Os avanços obtidos na administração petista foram neutralizados durante o governo Beto Mansur. Houve um esvaziamento dos serviços públicos pela falta de funcionários e deterioração física dos prédios. Segundo relato da presidente do Conselho Municipal de Saúde, *“acaba com o serviço não o prestando. Não precisa fechar a porta. Se fechar a porta você consegue uma manifestação da população. Então, você começa a dificultar os serviços. Eles fecham o horário noturno e as pessoas reclamam, mas não têm uma manifestação concreta. Com exceção do Conselho que bateu e bateu. A pessoa que ia à unidade porque tinha qualidade, mas tem condições de ter um Plano de Saúde, deixa de usar ali, não vai mais. Hoje não tem médico, não tem medicamento. O pessoal acaba não indo mais. O serviço vai se desmontando e deixando de existir. Fechou a Policlínica no noturno porque teve uma diminuição significativa dos profissionais. E então, vai desmontando. Não precisa fechar a porta, basta não ter a procura”*.

O que realmente a população de Santos perdeu com a derrota do modelo petista para a saúde? Esta é uma pergunta instigante. É certo que diversas experiências de sucesso na construção do SUS municipal foram relatadas em todo o Brasil e, hoje, com a obrigatoriedade de gastos municipais em saúde imposta pela Emenda Constitucional 09, as cidades devem manter, pelo menos, um sistema mínimo de atendimento às demandas de saúde sua população. Deixou de existir um modelo corajoso, ousado e inovador, realmente de vanguarda e que ajudou a estruturar o que hoje é o SUS, restando em seu lugar um formato de política pública que desloca a saúde do centro da agenda pública e administrativa para uma posição marginal, submetida à lógica fiscal e ao equilíbrio das contas públicas. Foi isso que Santos perdeu. Não que o equilíbrio das contas públicas e a boa gestão dos recursos arrecadados junto à população não sejam importantes, muito pelo contrário. Tanto é que o grande salto na construção de um sistema de saúde desencadeado no governo Telma

produziu dificuldades financeiras que, em certa medida, impuseram restrições à administração de David Capistrano. Porém, Santos é uma cidade rica e nela seria possível a continuidade de um modelo que estava avançando na subversão da lógica da exclusão social, marca brasileira. Essa era uma possibilidade concreta e Santos a perdeu. Uma possibilidade de inverter a lógica de que se deve dar aos pobres uma assistência pobre e acreditar que um sistema de saúde possa ser para todos, igualitário, e que promova a equidade.

CAPÍTULO V – O *LOCUS* DA SAÚDE NA ARENA POLÍTICA E ELEITORAL DE SANTOS

Este capítulo discute a relevância e o impacto da saúde no cenário político e eleitoral da cidade de Santos, em especial no período compreendido pelas administrações petistas e gestões Beto Mansur. Será apresentado, analisado e discutido o resultado das entrevistas realizadas para essa pesquisa, nas quais procurou-se identificar a visão dos atores-chave sobre determinadas questões.

- Existiriam diferenças entre o “*modo petista*” e o “*modo mansur*” de Governar?
- Poderia a saúde ser considerada uma questão política na cidade de Santos?
- Qual seria a importância dos diferentes *atores políticos* no processo de tomada de decisão governamental em Saúde?
- Poderia a saúde ser considerada um tema decisivo no cenário eleitoral em Santos?
- Qual seria a relevância dos diferentes *fatores políticos e eleitorais* no processo de tomada de decisão do eleitorado santista?

Através das respostas obtidas, é possível comparar as diferentes nuances entre a prática política do petismo e as forças políticas aglutinadas em torno de Beto Mansur, no que se refere: à politização ou não da questão da saúde; a uma maior ou menor porosidade governamental à participação de outros atores políticos no processo de tomada de decisões; e à utilização da saúde e de outros temas como estratégia eleitoral.

Modo Petista *Versus* Modo Mansur de Governar

O modo petista de governar foi uma marca de gestão impressa após a eleição municipal de 1988, quando o Partido dos Trabalhadores (PT) obteve vitórias eleitorais em cidades de grande expressão em todo o Brasil, como São Paulo, Porto Alegre e Santos, e procurou imprimir uma prática administrativa inovadora na gestão do Estado brasileiro. Essa marca baseava-se na participação popular no processo de tomada de decisões – através da ação de conselhos municipais ou implementação do orçamento participativo –, na adoção de políticas públicas que combatessem a exclusão social e a pobreza, na transparência da gestão dos recursos públicos e combate à corrupção e no desenvolvimento econômico das cidades, entre outras práticas que procuravam imprimir uma gestão mais democrática da coisa pública, em contraposição ao modelo mais tradicional da administração brasileira, fundado no clientelismo e no patrimonialismo, ao qual o partido buscava se contrapor.

A pesquisa indagou aos entrevistados se existiriam, de uma maneira geral, diferenças entre o modo petista e o modo Mansur de governar, com o objetivo de debater as duas concepções políticas de gestão da coisa pública e identificar suas principais divergências.

Sobre a questão do modo petista de governar, relatos indicam que a intenção de David Capistrano era transformar Santos numa cidade em que a esquerda pudesse imprimir gestões contínuas para construir um modo de governar, diferenciando-se, de certa forma, do restante do país e construindo uma imagem bem delineada, que pudesse ser vendida e difundida como uma marca própria. Assim, Santos teve participação fundamental na criação do modo petista de governar, contribuindo para isso a política de saúde, principal vitrine da administração, cuja imagem persiste até os dias de hoje. Segundo o relato de Marco Manfredini, coordenador do Programa de Saúde Bucal no governo David Capistrano, ele diz que, oito anos depois da sua passagem por essa administração, ainda é chamado para falar sobre sua experiência; *“parece com*

aquelas histórias de Sandino Vive! Porque é uma coisa, uma marca que ficou muito forte”.

Procurando se desvencilhar da marca petista da gestão, que foi sem dúvida a saúde, e imprimir um aspecto próprio para seu governo, Mansur passou a implementar diversas obras de interferência urbana, com a finalidade de incrementar o turismo e investir no embelezamento da cidade, através da inauguração de praças e de uma ciclovia que cruza a cidade, na melhor conservação dos pontos turísticos e em obras na região da Orla e do seu entorno. Sobre isso, há um relato importante nas entrevistas para destacar as diferenças entre os dois modos de governar. Roberto Tykanoti Kinoshita, interventor na Casa de Saúde Anchieta nos governos Telma de Souza e David Capistrano, aponta que no governo Capistrano haveria recursos e condições técnicas para asfaltar a cidade inteira, porém, os ecologistas diziam que isso seria uma catástrofe *“técnica, política e ecológica, que ocorreriam enchentes e vários outros problemas”*. Beto Mansur, ao vencer, asfaltou “a cidade inteira” sem que isso acarretasse mais enchentes do que antes, segundo o entrevistado, que utiliza esse mote para apontar que o prefeito tinha dinheiro não só para asfaltar a cidade inteira, também para reformar a avenida da Orla, para construir jardins, praças e deixar a cidade com uma aparência de muito bem cuidada e de que está se desenvolvendo turisticamente.

Essa intervenção urbana também foi mencionada na entrevista com Edmon Atik, Secretário de Saúde no governo Beto Mansur, quando, ao avaliar essa gestão, afirma que: *“ele pegou a cidade de Santos destruída. Iamos para a cidade e só tinham essas barraquinhas. Limpou a cidade de Santos. Fez uma cidade turística que é a sua vocação. Embelezou a cidade, reformou praças em todo território. São 39 km². Aonde você for tem uma obra bonita do Beto Mansur. Ele deu a Santos... Tanto que os visitantes vêm a Santos e dizem: ‘Puxa! Como a sua cidade está bonita’. Conseguiu nos oito anos (...) não tenho dúvida, ser o melhor prefeito que Santos já teve. O melhor”*.

Além desse investimento no embelezamento urbano, a inversão de prioridades na administração Mansur também foi apontada nas entrevistas realizadas com pessoas ligadas ao seu governo, especificamente nas dificuldades advindas da inexistência de um sistema informatizado na rede pública de saúde da cidade. Esse sistema já havia sido implantado na administração Telma de Souza, através de uma rede informatizada que possibilitava a marcação de consultas e o acesso ao prontuário do paciente *on line*, em tempo real, através de um computador de grande porte, *main frame*, que armazenava esses dados. Esse sistema deveria ser atualizado com os avanços tecnológicos, o que não ocorreu, e as entrevistas revelam que, no final de 2004, Santos ainda não contava com a informatização de sua rede pública de saúde.

Mais do que uma marca, essa prática revela uma visão ideológica de governo pautada pelo desinvestimento das políticas sociais – como foi apontado no Capítulo IV – para inverter prioritariamente na revitalização e no embelezamento urbano. Não que as políticas sociais e a revitalização urbana sejam antagônicas e excludentes, mas o que se verifica no *modo Mansur de governar* é um desequilíbrio muito evidente entre as duas práticas. Isso denota um posicionamento ideológico que atribui às políticas públicas um viés de perdulárias, excessivamente dispendiosas para alcançar apenas alguns setores da sociedade – como os pobres, os soropositivos e os doentes mentais – e que, por isso, devem estar circunscritas a um elenco mínimo de ações e recursos, até mesmo por força das atribuições legais e dos requisitos para gestão do SUS. Essa crítica encontra eco na entrevista com Berta Maria Esteves, presidente do Conselho Municipal de Saúde, ao afirmar que “*serviço de saúde não deve ser um serviço para os pobres*”, pois, “*quando a gente tem um serviço para pobre, se tem um serviço ruim, porque você entende que é uma benemerência. O que não é. Isso é um direito. As mesmas pessoas que hoje usam o serviço de saúde acham que é melhor ter uma praça, um asfalto, uma ciclovia do que ter aquilo que lhe dá qualidade de vida. Por mais que você diga que asfalto e ciclovia não são qualidades de vida*”.

Esse esvaziamento da política é observado na entrevista com Edmon Atik, que, ao ser indagado se haveria diferença entre o *modo petista* e o *modo Mansur* de governar, foi enfático ao dizer que não. As diferenças seriam peculiaridades em razão das diferentes épocas nas quais as forças políticas administraram a cidade. Nas suas palavras: *“não existe ninguém milagroso. Por isso que eu lhe digo: o que o PT fez de novo? Nada! Ele apenas pegou o patamar anterior e deu continuidade. Como nós herdamos dele, PT, e continuamos uma evolução de atendimento. O PT, lamentavelmente, em Santos acha que (pelo menos é a imagem que ele passa) inaugurou a Saúde no Brasil. O Brasil não existia até eles tomarem posse na Prefeitura de Santos. Esta era a imagem correta. Eles dominaram e se elegeram por oito anos à custa da Saúde. Só da Saúde”*.

Ainda reforçando o esvaziamento ideológico, o ex-secretário de Beto Mansur afirma que *“para responder à sua pergunta, se o cirurgião for preto ou branco numa cirurgia ele deixa de seguir a técnica? Não deixa! A técnica de Saúde independe de sua ideologia. Você tem que executar o plano que seja compatível com a população (...) em termos de Saúde Pública, não deve ser analisado o aspecto ideológico, religioso, político ou partidário. Por exemplo, há uma diminuição da incidência de HIV quando você doa a seringa com agulha. Tudo aquilo que foi implementado em Aids no governo do PT continua até hoje, de forma cada vez mais apropriada. E se fosse hoje o governo do PT estaria fazendo exatamente o que o Beto está fazendo! Portanto, ou você é cientista, você é um médico cientista, que a própria ciência deseja, ou você é o antagônico. Antagônico vai fazer com que outras pessoas sob sua responsabilidade tenham Aids. Você tem que ser obediente à causa científica”*.

Esse disfarce da ideologia atrás do discurso científico não é novo. Já foi apontado por Pedro Demo (1991), ao dizer que o discurso ideológico apresenta uma peculiaridade, diferentemente do senso comum, que é a capacidade de se disfarçar em discurso científico, ou seja, uma posição política atestada através de uma suposta comprovação científica. Por isso, o autor caracteriza a ciência

como um fenômeno histórico, em constante transformação, uma construção humana.

Finalizando essa discussão, relata-se opinião manifestada na entrevista concedida por Marco Manfredini. No seu relato, afirma que – apesar de no passado ter sido uma marca importante – hoje não existiria mais o modo petista de governar. O entrevistado afirmou observar que *“na realidade, hoje não existe mais o “modo petista de governar”. Acho que hoje o PT de certa forma não tem mais uma tradução, uma marca política que o diferencie do resto da política brasileira. Acho que é assim, quando a gente vai analisar essa questão do PT à frente de governo, vejo claramente o processo, a partir de 96, como uma ruptura. Quer dizer, de 1988, quando o partido ganhou expressão nacional e conquistou várias prefeituras importantes, até a primeira metade dos anos 90, acho que tinha efetivamente o “modo petista de governar”. Na segunda metade dos anos 90 e essas gestões que a gente está terminando agora em 2004, isso foi literalmente abandonado. Na realidade, hoje não identifico, de uma maneira geral no país, a diferença significativa entre o ‘modo petista de governar’ e o modo do governo de outras prefeituras. Essa percepção teria sido reforçada pelo amplo leque de apoios e partidos que oferecem sustentação política ao governo Lula, empossado em janeiro de 2002 e que recebe críticas de setores do próprio Partido dos Trabalhadores, que o elegeu, entre outras razões, pela manutenção de uma política econômica ortodoxa – nos mesmos moldes adotados por seu antecessor, Fernando Henrique Cardoso –, e pelo amplo leque de partidos que formam sua base parlamentar, sem que haja o menor compromisso ideológico ou similaridade na trajetória dos partidos políticos que a compõem. Essa afirmação expressa, na visão do entrevistado, uma insatisfação localizada em setores do petismo e da esquerda brasileira com as políticas sociais e a agenda econômica do governo Lula.*

A Saúde e a Arena Política Local

Serão discutidas, nesta seção do capítulo, as opiniões dos entrevistados sobre o fato de a Saúde ser ou não uma questão política na cidade de Santos, com o objetivo de conhecer as concepções das duas correntes políticas a respeito da medida da politização da saúde. Além dessa abordagem, será discutido, ainda, o processo de tomada de decisões nos governos petistas e na administração Mansur, no que se refere à participação dos diferentes atores políticos da cidade. Assim, procurou-se identificar uma maior ou menor porosidade nas diferentes administrações quanto à participação, no processo decisório, das forças políticas locais, tais como: Conselho Municipal de Saúde; sindicatos de trabalhadores; prestadores de serviços (Santa Casa, Beneficência Portuguesa, entre outros); profissionais liberais (médicos, dentistas, etc); partidos políticos; e Câmara dos Vereadores – abertura que poderia caracterizar uma administração perante seu grau de democratização, participação e transparência.

A Saúde como uma questão política

Observou-se nas entrevistas uma quase unanimidade quanto à politização da questão saúde na cidade de Santos. Entretanto, em linhas gerais, para o petismo, essa politização é salutar, enquanto para os entrevistados identificados com a administração Beto Mansur é ruim. Essa politização não significa necessariamente “*partidarização*”, ou seja, associar a saúde a um partido político, mas sim uma concepção política de políticas públicas, que significa constante tensão, um processo que envolve disputa por recursos limitados, cuja partilha será decidida pela capacidade de influenciar o aparato estatal a fazer essa ou aquela opção de investimento, prática com conotação notadamente ideológica.

Segundo relato de Fábio Mesquita, coordenador do Programa de DSTs/Aids no governo Telma de Souza, a saúde não seria a questão central da política de Santos. Ela teria se tornado um tema político relevante porque foi um dos carros-chefes da administração da Telma de Souza e, em certa medida, garantiu a eleição do David Capistrano. Entretanto, ela não teria sido suficiente para manter o PT no governo e nem para devolver o governo ao PT na segunda eleição do Beto Mansur. O entrevistado afirma, para lustrar essa hipótese, que *“a principal crítica que o João Papa sofreu no processo eleitoral recente foi sobre as péssimas condições de saúde, faltava remédio, faltava isso, faltava aquilo. Não foi o tema suficiente para derrotá-lo na eleição. Por isso, não acho que é o tema central da cidade*. Embora fosse um tema politicamente muito sensível, muito relevante, não teria o impacto suficiente para garantir uma vitória eleitoral”.

Com a vitória de Mansur, os setores conservadores da cidade procuraram esvaziar politicamente a questão da saúde e do governo, conforme aponta passagem da entrevista com Roberto Tykanoti Kinoshita, interventor na Casa de Saúde Anchieta nos governos Telma de Souza e David Capistrano: *“não só a saúde, mas na verdade a estratégia da direita na cidade de Santos é despolitizar tudo. Transformar tudo em cenário natural, em que não há diferenças. No máximo dizer que o cara é um pouco mais técnico. Nesse sentido eles fazem uma menção a essa idéia de governo de engenheiros. São todos engenheiros. Essa idéia de que são todos positivos. Tentam colocar a discussão do governo do PT como um governo de confusão. Esse discurso acaba colando, porque é um governo que induz ao debate e à tensão, expõe contradições, gera insegurança, gera reação. Acho que é difícil para a população compreender e aceitar isso”*.

Os entrevistados que são próximos ao petismo avaliam que a saúde é um tema político e a população conhece as diferenças entre as gestões petistas e Mansur, na saúde. Entretanto, a organização da sociedade em defesa da saúde não foi tão robusta para garantir a manutenção dos avanços alcançados pela administração petista ou assegurar que ela fosse um tema decisivo nas últimas eleições, conforme demonstram as derrotas eleitorais de Telma de

Souza, candidata mais associada à defesa das políticas sociais e da saúde. Verifica-se que o envolvimento político da população na saúde, em Santos, se manteve restrito à atuação do Conselho Municipal e à organização popular, que ainda existe, nos bairros mais pobres da cidade, ou à atuação dos vereadores oposicionistas perante a administração Mansur.

A cidade tornou-se dividida politicamente em torno do tema da saúde pública. Os pobres mantiveram-se na sua defesa, enquanto os setores mais abastados encontraram abrigo nos planos e convênios médicos, excluindo, assim, da sua agenda a preocupação com as políticas sociais, uma vez que esse tema só elegeu um único prefeito na história recente da cidade, David Capistrano, em 1992, conforme será discutido posteriormente nesse capítulo. Dessa maneira, a força política que pode desequilibrar o jogo na cidade é a classe média, ou seja, os setores médios que se dividem em depauperados e equilibrados financeiramente. Este segmento, que tradicionalmente se interessa por política enquanto componente partidário e eleitoral, sem uma prática de organização ou participação em movimentos sociais, foi atraído eleitoralmente por Beto Mansur e tornou-se o fiel da balança no equilíbrio das forças políticas em Santos, isolando os setores mais pobres.

Para Jocelene Batista Pereira, médica que atuou na rede municipal de Saúde, tendo passagens ao longo dos três governos, Mansur foi muito hábil: *“ele conseguiu um feito porque, em apenas uma gestão, apagou a marca da saúde que o PT havia deixado. A saúde não era mais uma questão política, pois houve uma mudança de eixo. Se na época do PT era a questão social, incluir as pessoas, diminuir as diferenças entre a praia e a Zona Noroeste, os morros e a orla, na gestão do Beto Mansur não. Era deixar a cidade bonita para desenvolver o turismo. Ver a questão do porto para se tornar um pólo turístico. Também são coisas importantes, mas enfim... Retomar o desenvolvimento da cidade. Era essa a linha mais voltada mesmo para quem tinha poder econômico na cidade. O que interessava para quem tinha poder econômico”*. Esvaziar o caráter prioritário da saúde foi também esvaziá-la de caráter político, remetendo-a para a margem desse processo.

A partidarização da saúde, ou seja, a tomada da saúde como bandeira partidária foi criticada nas entrevistas. Realmente, existem muitas diferenças entre defender a saúde como uma questão política e defendê-la como partidária, até porque a defesa da saúde é uma agenda mais ampla, sendo uma visão sectária afirmar que qualquer partido no Brasil tenha sido, nos últimos anos, o único a defender a saúde pública. O mais correto seria, apenas em termos analíticos, afirmar que esta questão vem sendo defendida pelos partidos situados mais à esquerda do espectro político-partidário brasileiro. Sobre a inadequada partidarização da saúde, Odílio Rodrigues Filho, Secretário de Saúde no governo Beto Mansur, manifestou-se da seguinte forma: *“acho que a partir do momento que a gente partidariza a saúde a gente presta um desserviço à saúde pública. A saúde pública está inscrita, o SUS tem normas, o SUS tem definições. Está definida a forma de financiamento, a forma de gestão. Acho que em Santos, a partir do momento que a gente começou a partidarizar, e eu luto contra isso, a gente permite que a saúde tenha mudanças à medida que se muda o governo. Quando você tem um SUS com uma definição constitucional, o SUS é igual para todo mundo – seja prefeito, secretário – tem obrigação de fazer o SUS acontecer, porque é lei e a lei tem que ser aplicada”*. Sem dúvida, o secretário se posiciona contra a partidarização da saúde por dois motivos: a defesa do SUS, que é presente no seu discurso; e a tentativa de esvaziar a principal bandeira eleitoral do PT na cidade.

Os atores políticos e o processo decisório de governo

Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde de Santos foi um dos pioneiros no Brasil, criado durante a administração petista antes mesmo que houvesse uma legislação nacional sobre a matéria, para organizar e garantir a participação da população no processo decisório da gestão municipal. Santos não contava com uma tradição de movimentos populares em saúde, como acontecia na cidade de São Paulo, e, dessa forma o controle social, nas primeiras administrações, teve uma marca muito institucional, ou seja, uma proximidade muito grande com a administração do Executivo municipal, o que poderia comprometer sua autonomia e transformá-lo em apêndice da administração.

Os relatos apontam que havia uma relação muito respeitosa da administração petista quanto ao conselho de saúde. Não seria uma gestão autoritária, mas a condução política foi institucional, com forte participação da administração e do governo no conselho. Segundo o entrevistado, Fábio Mesquita, *“os governos têm um peso muito grande dentro do conselho. E não é um peso numérico. Porque o governo tem só 25% do conselho. É um peso político muito grande. Peso político que faz diferença. Muitas vezes conduz o conselho que não tem uma autonomia tão grande a tomada de decisões ou de referenciar decisões. Normalmente, o conselho não tem uma pauta própria. Ele é pautado pelo governo e não consegue influenciar o governo. Naquela época então tinha um agravante, porque o conselho estava começando. Era o início do SUS, o início da participação organizada dessa forma. Aí, tinha muito menos peso”*.

As entrevistas evidenciam a importância e influência de David Capistrano na criação do Conselho Municipal de Saúde em Santos, apresentando uma excessiva vinculação do conselho à figura do secretário e depois prefeito, o que comprometia sua autonomia. Houve aspectos positivos,

na visão dos petistas, dessa tutela inicial exercida por Capistrano sobre o conselho, uma vez que, no final de seu governo, havia sido construído um sujeito político forte e que viria a ocupar um espaço importante na oposição ao governo Beto Mansur, especialmente no que se refere à luta pela manutenção das conquistas obtidas durante os governos do PT. Segundo avaliação do próprio conselho sobre sua prática na administração Mansur, obtida na entrevista com Berta Maria Esteves, *“o Conselho Municipal de Saúde foi o grande símbolo de resistência contra o desmonte realizado. Um conselho extremamente participativo. Para eles, era um conselho petista, um conselho de oposição, quando na realidade nossa luta era contra o desmonte que qualquer um que venha e faz a comparação percebe o que aconteceu. Então, o conselho ficou sendo aquele que contestou o tempo inteiro. Foi um conselho extremamente atuante”*.

Dessa forma, pode-se dizer que o embate político entre a administração Mansur e o Conselho Municipal de Saúde realmente existiu. É importante lembrar que a atual presidente do conselho, Berta Maria Esteves, é dentista e participou da implantação do Programa de Saúde Bucal na administração de David Capistrano.

O caráter oposicionista do conselho na gestão Mansur, após a saída de Odílio Rodrigues Filho, também foi evidenciado no relato de Edmon Atik, Secretário de Saúde no governo Beto Mansur, ao afirmar que conseguiu instalar o Programa de Saúde da Família apenas *“depois de nove meses de luta, porque o Conselho Municipal de Saúde era todo composto por petistas. Eles bloquearam a autorização para instalação do PSF porque sabiam da qualidade do programa e, como pretendiam ganhar a eleição seguinte, não queriam que eu implantasse aquilo”*.

O ex-secretário aponta ainda o Conselho Municipal de Saúde como um organismo radical de oposição. *“Apesar das nossas teses serem apresentadas em benefício da população, existia uma obstrução para que houvesse um mau atendimento. Eles falavam que queriam um bom atendimento, mas não*

deixavam você atuar para conseguir aquilo. Porque eles sabiam e eram instrumentos dos líderes. Você sabe, a Telma e o David agiam por trás dos panos, alimentando esse pessoal do conselho a fazer oposição. Eles conseguiram barrar alguma ação". Esse discurso confirma a hipótese de que a tutela exercida por Capistrano sobre o CMS na sua gênese acabou fortalecendo o órgão e capacitando-lhe para que servisse como oponente da administração Beto Mansur, durante as gestões de Edmon Atik e Tomas Sörderberg, na Secretaria da Saúde, conforme analisado no capítulo anterior. Entretanto, os efeitos dessa oposição foram mais tornar pública a situação de empobrecimento da saúde em Santos do que impedir que isso ocorresse.

A partidarização do controle social também foi apontada como preocupante, por Odílio Rodrigues Filho, Secretário de Saúde no governo Beto Mansur, ao afirmar na entrevista que considera *"o Conselho Municipal de Saúde importante. Importantíssimo no ponto de vista social. Eu só temo que o controle social fique atrelado ao governo ou à oposição, pois isso esvazia uma ferramenta importante. Não que a representação política não seja importante, mas, a partir do momento que esse controle social não se prepara para exercer sua função de deliberativo, normativo e fiscalizador, a gente perde uma ferramenta importante e cai em descrédito o controle social, que é uma coisa importantíssima para determinar as políticas públicas. Interesses corporativos, político-partidários e eleitorais, às vezes, podem fazer o mal que é o descrédito que leva às pessoas*". Assim como a saúde, não seria adequado partidarizar o Conselho Municipal de Saúde, pois isso poderia esvaziá-lo e comprometer sua capilaridade e representatividade social. Isso não significa que o conselho não deve ser politizado. Esse é um órgão eminentemente político, desde sua gênese no Brasil, até mesmo considerando sua composição – ao envolver governos, trabalhadores, prestadores de serviços e usuários – e sua finalidade no desenho institucional do SUS.

Sindicatos de Trabalhadores

As entrevistas revelam pequena participação dos sindicatos de trabalhadores no processo decisório de governo, tanto no período petista como na administração Mansur. Apesar de terem promovido greves ao longo da administração petista, sua organização foi descrita como ínfima e sua participação restrita à escolha de representantes para o Conselho Municipal de Saúde. Segundo passagem da entrevista com Fábio Mesquita, os sindicalistas tradicionalmente não se preocupavam com a saúde pública, *“eles queriam mesmo era um bom plano de saúde para suas categorias. Portanto, o SUS era uma preocupação secundária. Não era relevante. Muito menos influenciar no SUS ou querer pautar qualquer coisa ou querer discutir qualquer coisa”*.

A participação dos sindicatos correspondeu à nomeação de participantes para o Conselho Municipal de Saúde, que reserva parte de seus assentos para representantes do sindicato dos servidores municipais de saúde ou então de outros sindicatos que se enquadram na categoria de representantes escolhidos pelos usuários do Sistema Único de Saúde.

No governo Beto Mansur, houve um refluxo ainda maior da participação dos servidores municipais no sindicato, apontado na entrevista com Jocelene Batista Pereira: *“na gestão Mansur, as pessoas reclamavam, reclamavam e reclamavam, mas não se dignavam a se organizar, para fazer qualquer tipo de coisa. Daí tem uma explicação também que é a seguinte: eu me lembro do que o pessoal falava para mim no Pronto-Socorro. ‘Vocês têm que participar das assembleias do sindicato’. Sabe o que as pessoas falavam? ‘Ah, não. Está bom assim. Porque no governo do PT a gente tem que trabalhar muito. No governo do Beto Mansur não precisa trabalhar, ninguém exige, ninguém enche o saco, eu não tenho que trabalhar tanto, eu posso fazer esquema, eu posso dormir em casa. Então, deixa assim’. Era isso que as pessoas pensavam”*. Esse comentário também foi identificado em outras entrevistas.

Em alguns setores do serviço público municipal, especialmente entre os médicos, havia a queixa de que se trabalhava demais no governo do PT. Então,

a vitória do Mansur não seria necessariamente um mal, pois, apesar dos salários se deteriorarem com o passar dos anos, a cobrança sobre o trabalho desses servidores seria mais tênue.

Profissionais Liberais

Os relatos apontam que a administração petista sofreu forte oposição dos Sindicatos dos Dentistas e dos Médicos, no período que esteve à frente da prefeitura. Segundo entrevista com Marco Manfredini, coordenador do Programa de Saúde Bucal no governo David Capistrano, esses sindicatos seriam de direita e extremamente conservadores, organizando greves e boicotes contra a administração Telma e Capistrano, pois, até essas gestões, *“médicos e dentistas, em Santos, nunca haviam trabalhado para valer. Na verdade, era gente que recebia pouco, mas também trabalhava pouco. Por outro lado também – e isso eu senti muito com os dentistas – na medida em que a gente ampliou os serviços na área das especialidades, historicamente dominada pelo setor privado na saúde bucal, a gente encontrou muito a resistência dos profissionais. Eles colocavam o fato de que o governo, ao aumentar os serviços públicos, estava provocando menor afluxo aos consultórios particulares deles. Os dentistas que estavam localizados nas áreas mais periféricas foram justamente aqueles que começaram a se organizar. Inclusive até tentaram mobilizar alguns vereadores no sentido de tentar influenciar para a prefeitura não abrir o serviço de próteses gratuitas, porque eles entediam que isso iria roubar pacientes dos consultórios particulares deles”*. Dessa maneira, os médicos e dentistas de Santos exerceram resistência às administrações de Telma e Capistrano, a ponto de comandar greves no funcionalismo e realizar boicotes contra os governos.

A administração petista assumiu o caráter oposicionista dos médicos e dentistas e não procurou em nenhum momento, realizar qualquer composição política com esses setores, o que os alijou de participar do processo decisório e, que ao mesmo tempo, propiciou a criação de uma poderosa categoria de oposição ao governo, uma vez que a cidade é muito tradicional na organização

desses profissionais – conta com uma faculdade de medicina privada e é o berço da Unimed em São Paulo, o que muito orgulha principalmente os médicos locais.

Partidos Políticos

Segundo os entrevistados, os partidos políticos exerceram pouca influência no processo decisório da saúde em Santos, inclusive o próprio Partido dos Trabalhadores. Fábio Mesquita relatou em passagem da entrevista concedida à pesquisa que *“o PT nunca discutiu política de saúde a sério naquela época. Foi constituir grupos de saúde muito depois. No Brasil, e em Santos também, havia as pessoas do PT que entediavam de saúde. Hoje o PT tem segmentos de saúde organizados, tem debate, tem instâncias democráticas de decisão, etc., mas naquela época não tinha. Então, eles influenciaram pouco como partido político, não como militantes. Seus militantes são uma coisa diferente. Mas como organismo político, como estrutura, etc., pouco. Os outros partidos nem se fala. O tema saúde era um discurso de campanha sem nenhuma vida orgânica do tema sendo discutido partidariamente”*.

Ao longo da administração Mansur, a participação dos partidos políticos também foi inexpressiva, circunscrita aos períodos eleitorais, quando se pactuavam apoios em troca da participação futura na administração e na máquina estatal. Isso aconteceu, por exemplo, na escolha de Tomas Sörderberg como secretário municipal de Saúde no segundo governo Mansur: candidato derrotado no primeiro turno, e apoiou Beto Mansur no segundo escrutínio motivado pela oferta da pasta, conforme mencionado anteriormente. Também já foi relatado que o próprio prefeito jamais foi um quadro partidário ou primou pela fidelidade a qualquer partido político, o que certamente tornaria sua administração refratária à questão partidária.

Câmara dos Vereadores

Há consenso, entre os entrevistados de que a participação da Câmara Municipal de Santos no processo de tomada foi muito pequena nas administrações Telma e David Capistrano. Com a eleição de Beto Mansur, ela passou a exercer um papel mais atuante enquanto fiscalizadora e opositora do novo prefeito.

Essa casa foi avaliada, até mesmo durante a gestão petista, como uma câmara de muito baixa representatividade, pouquíssima formulação política e que não seria um espaço de ressonância da cidade. Teriam sido, ainda, os vereadores *“atropelados”* pela intensidade e pelo ritmo das transformações ocorridas durante a gestão Telma de Souza, quando, segundo relato, *“a câmara não estava entendendo direito o que estava acontecendo na saúde”*.

A baixa efetividade política da câmara é atestada também na entrevista de Edmon Atik que, ao avaliar a participação dos vereadores, revela que eles *“faziam pedidos de vários tipos para beneficiar os seus núcleos (bases eleitorais). Todos eles sadios, pedindo, por exemplo, a castração de animais”*. Ou ainda quando *“foi apresentado um projeto que propunha que os dejetos dos animais fossem limpos pelos seus proprietários”*.

A Saúde e as Eleições Municipais em Santos

Nesta última seção do capítulo será analisada a opinião dos entrevistados sobre a importância da saúde no cenário eleitoral da cidade de Santos, ou seja, se esta questão pode ou não influenciar o eleitor santista na decisão pelo seu voto. Foram discutidos os pleitos de 1988 (primeira eleição de Telma de Souza), 1992 (eleição de David Capistrano), 1996 (eleição de Beto Mansur) e 2000 (reeleição de Beto Mansur), indagando-se aos entrevistados os motivos pelos quais, na sua opinião, a saúde teria sido ou não um fator eleitoral relevante.

Além da questão da saúde, os entrevistados foram questionados sobre a importância de outros temas na tomada de decisão do eleitorado santista, tais como: propostas para políticas sociais; opção por políticas públicas direcionadas aos pobres e excluídos; atributos pessoais do candidato(a); partido político; características do eleitorado santista (mais conservador ou progressista); o “*racha*” do PT em Santos; e a questão dos “*gafanhotos*”. Sobre esse temário, solicitou-se aos entrevistados que manifestassem uma opinião geral sobre o assunto, sem diferenciar os pleitos, como foi pedido para a questão da saúde, uma vez que a mesma apresenta maior relevância para esse estudo.

A saúde e o processo decisório do eleitorado

Sobre o processo de tomada de decisão do eleitorado e a saúde, indagou-se aos entrevistados se esse tema teria ou não sido um fator preponderante para a decisão dos pleitos municipais, especificamente na eleição dos prefeitos, entre 1988 e 2000. A pesquisa procurou identificar se a saúde teria sido um tema decisivo nesses pleitos, e de que maneira poderia ter influenciado o eleitorado na decisão pelo seu voto.

Eleição de 1988 – Vitória de Telma de Souza

A primeira vitória eleitoral do Partido dos Trabalhadores, na cidade de Santos, não teria sido em função de temas específicos, como a gestão das políticas sociais, mas sim por causa de uma conjuntura política nacional que favoreceu a renovação da preferência partidária do eleitorado, o que possibilitou vitórias importantes ao PT em cidades como São Paulo, Porto Alegre, Belo Horizonte, Campinas e Santos. A insatisfação com o governo Quérzia, em São Paulo, e com a presidência de José Sarney, além de um descontentamento geral com a hiperinflação provocada pelo esgotamento do modelo econômico, foram fatores que – aliados ao assassinato de trabalhadores pelo Exército, na siderúrgica de Volta Redonda, pouco antes da eleição – ajudaram a

compreender essa onda que favoreceu as importantes vitórias eleitorais do partido em todo o Brasil.

Esse cenário foi apontado na entrevista com Fábio Mesquita, ao afirmar que, *“na verdade, a discussão era mais politizada do ponto de vista da política de tendências: se era um governo mais social, mais voltado para a esquerda, mais comprometido com a luta dos trabalhadores ou coisa desse tipo – que eu acho que foi o que pesou e decidiu a eleição – ou se era um governo do tipo mais conservador, que organizava melhor a cidade, que deixava a cidade mais bonitinha ou coisa desse tipo”*.

O relato de Berta Maria Esteves, presidente do Conselho Municipal de Saúde, segue essa tendência, ao atribuir a vitória de Telma de Souza *“ao momento de contestação, das pessoas estarem cansadas daquela mesmice. Quando a gente começa a sentir aquela coisa da abertura política. Era uma coisa nova. Estava muito centrada no PT, mas na figura da Telma que, como vereadora, foi uma grande contestadora. Confrontava... Então era uma pessoa de luta. Na minha visão, 1988 tem esta característica. Daquela pessoa lutadora, confrontadora e que aí ganha as eleições por um susto. Não tinha 2º turno, que é uma outra característica”*. Foi comum, na época, associar as vitórias eleitorais do petismo ao clima nacional que clamava por mudanças, um sentimento fortalecido pela promulgação da Constituição de 1988, que apontava para a responsabilização do Estado pelo bem-estar das pessoas através da promoção de políticas sociais, e o PT seria então o partido com maior associação a essas bandeiras.

Eleição de 1992 – Vitória de David Capistrano

As entrevistas se revelaram consensuais quanto à importância da área da saúde na eleição de David Capistrano. Grande êxito da administração Telma de Souza, que teve em David Capistrano seu secretário da Saúde, tanto os entrevistados ligados ao PT como os que participaram do governo Beto Mansur

concordam que a saúde foi o tema decisivo na eleição de 1992. Segundo o relato de Fábio Mesquita, *“foi o tema crucial porque a saúde foi a grande transformação da cidade. Foi a coisa que mais chamou atenção da cidade, deu visibilidade para a cidade no Jornal Nacional, no Globo Repórter, no Fantástico. Nessas coisas que trazem para Santos um certo orgulho, vamos dizer assim. Claro que tiveram outras coisas, como o turismo, a limpeza das praias que também acabou repercutindo no turismo. A própria política de transportes urbanos. Tiveram outras coisas importantes. Mas assim, de longe, a saúde foi o carro-chefe da eleição do David. E acho que ela apareceu assim, certamente, em todos os materiais de campanha, em todos os debates, em todas as questões que eram possíveis naquela época”*.

Segundo os entrevistados, até mesmo a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, medida considerada polêmica e que poderia provocar resistência nos setores mais conservadores da cidade, teve repercussão favorável e contribuiu para a vitória de David Capistrano. Isso foi evidenciado na entrevista com Roberto Tykanoti Kinoshita, interventor na Casa de Saúde Anchieta nos governos Telma de Souza e David Capistrano, ao afirmar que *“a decisão da intervenção, para a nossa surpresa, ao invés de causar reações adversas, jogou a Telma lá para cima. Nossa! Mulher corajosa, peituda que vai limpar essa sujeira da cidade. Aí, os donos, proprietários ficaram isolados. Mesmo os vereadores à direita, que tinham uma Comissão, olharam e pensaram: vamos embora daqui porque não dá para discutir isso. Se a gente se colocar contra, a gente se queima”*.

Eleição de 1996 – Vitória de Beto Mansur

Nessa eleição, o tema da saúde não teve importância no processo de tomada de decisão do eleitorado. Para Beto Mansur, não seria uma pauta muito aconselhável, pois, apesar do racha do PT, que será discutido posteriormente, a administração petista da saúde ainda tinha, nesta área, sua principal realização.

Do ponto de vista do petismo, houve um esvaziamento da questão da saúde até mesmo para desvincular a imagem da candidata Telma de Souza do seu sucessor, David Capistrano, uma vez que havia ocorrido o rompimento político entre os dois. Marco Manfredini afirmou que Telma de Souza *“poderia muito bem ter se apropriado das vitórias e o David ter se livrado das derrotas. Porque justamente do que mais acusavam o David? De ser um cara intolerante, de ser um cara muito duro, muito ríspido, um cara que era muito truculento no cotidiano da política. Uma pessoa que não era da cidade. Ela se valeu disso na campanha. Que era de Santos. Ela poderia ter defendido os aspectos positivos da gestão do David e, ao mesmo tempo, fazer a crítica do que ela achava que fosse negativo. Isso não foi feito”*.

Segundo essa mesma entrevista, não foi explorada, na eleição de 1996, a importância da continuidade de uma gestão que havia investido nas políticas sociais e na inclusão das camadas mais pobre, uma vez que *“foi esvaziada, do ponto de vista do imaginário da cidade, a importância de continuar uma gestão petista. Na realidade, era assim como se fosse uma eleição nova entre duas pessoas novas. Não estava em discussão a continuidade de uma gestão – o que naquela época era ainda o “modo petista de governar” – versus uma gestão conservadora, de direita. Tanto é que a classe média inteira foi para o Beto, e acho que continua. Então, na realidade, não houve um debate político centrado nas questões sociais na disputa entre a Telma e o Beto”*.

Outro entrevistado também apontou que o principal fator da derrota da Telma teria sido a luta interna do PT, uma *“luta fratricida”* entre a ex-prefeita e seu sucessor. Afirmou-se ainda que o Beto Mansur não ganhou, foi o PT que de fato perdeu a eleição. Capistrano também foi acusado, ao longo da campanha, de ter realizado uma administração autoritária. Segundo relato de Edmon Atik, *“o que a gente sentia era a questão do autoritarismo. O Beto Mansur bateu o tempo todo na questão de que o David era um governo autoritário, que não fazia interlocução com a cidade. Que os gerentes eram autoritários nas Unidades de Saúde e que os funcionários queriam ter liberdade!”*.

O pleito de 1996 caracterizou-se, então, como uma eleição do *antipetismo*. Seus opositores ocupavam o horário eleitoral para afirmar a necessidade de expulsar o pessoal do PT de Santos e, ao mesmo tempo em que Telma esvaziava o sentimento petista, os adversários se utilizavam fartamente do desgaste sofrido pelo partido na cidade. Odílio Rodrigues Filho, Secretário de Saúde no governo Beto Mansur, fez o seguinte relato: *“a impressão que tenho da eleição do Beto é que, se o governo do PT teve conquistas na área de saúde, acho que em outras áreas da cidade ele não teve a mesma eficiência. Ele não teve um projeto bem claro, o que exerceu uma insatisfação muito grande na cidade por causa de um gerenciamento na cidade, excluindo a saúde, mais disciplinado, mais organizado. Acho que isso pesou. Nasceu assim um sentimento de que havia uma saúde pública adequada por conta do David, mas havia medidas mais populistas (sic) em outras áreas e isso trouxe um desagrado à cidade”*. Além desses fatores, ainda serão explorados, nesse capítulo, o *“racha”* e o esvaziamento político ao final do governo Capistrano, que excluíram do pleito as questões sociais em geral e da saúde em particular.

Eleição de 2000 – Reeleição de Beto Mansur

Assim como os relatos apontam que o PT *“perdeu”* as eleições de 1996, o que levaria provavelmente qualquer opositor do partido a derrotá-lo, na eleição de 2000 Beto Mansur *“venceu”* a eleição, amparado no prestígio acumulado no seu primeiro mandato, através da adoção de uma política de revitalização do turismo e de interferências urbanas na aparência e no embelezamento da cidade. A saúde voltou à agenda política e de debates em torno da eleição, pois a gestão de Edmon Atik à frente da Secretaria da Saúde enfrentou muitas dificuldades e foi objeto de diversas críticas, conforme analisado no capítulo

sobre a política de saúde em Santos. Entretanto, o tema não sensibilizou o eleitorado a ponto de derrotar o prefeito e conduzir o PT novamente à prefeitura.

A estratégia adotada pelos aliados da ex-prefeita foi apostar nos aproximadamente 60% de intenções de voto, segundo o relato dos entrevistados, que ela ostentava nos primeiros meses de 2000, o que teria levado a campanha a um estado de atitude absolutamente passiva, por se avaliar que a vitória viria por inércia. O tema da saúde ficou à margem, pois foi desenvolvida uma campanha eleitoral na qual os oponentes tentaram explorar seus méritos e qualidades como administradores da cidade. Telma e Mansur procuraram vender a imagem de dois grandes gestores, e o eleitorado santista optou pelo prefeito. As entrevistas apontam que, nessa campanha, não aconteceram grandes manifestações ou mobilização das militâncias dos dois opositores, caracterizando-se como uma campanha eminentemente midiática e que priorizou o horário eleitoral gratuito de televisão.

Entretanto, na visão de Edmon Atik, Secretário de Saúde no governo Beto Mansur, a saúde teria sido sim decisiva, uma vez que *“a Secretaria de Saúde teve um plano de atuação em que mexeu com toda a população. A dengue, as reformas das unidades de pronto-socorro, a implantação do Programa de Saúde da Família, a área de atuação na Zona Noroeste. Foi decisivo para o Beto. Semelhantemente ao que o David fez no governo da Telma, eu fiz no governo do Beto para ele ser reeleito com a vantagem de 11 mil votos”*. Porém, essa convicção do ex-secretário diverge nos demais relatos da pesquisa empírica desenvolvida neste estudo.

Demais fatores no processo decisório do eleitorado

Será analisada a importância dos demais fatores, exceto a saúde, no processo de decisão do eleitorado santista e em que medida uma maior exploração desses temas pode levar o eleitor a decidir pelo voto em determinado candidato.

Propostas para as políticas sociais ou políticas voltadas aos pobres e excluídos

O tema das políticas sociais e das políticas públicas voltadas à população pobre e aos excluídos esteve presente no discurso de todos os candidatos nas últimas eleições em Santos, segundo relato dos entrevistados. Essa tendência não é verificada apenas na cidade, mas no cenário eleitoral do Brasil inteiro, uma vez que essa agenda passou a ocupar os programas eleitorais e o discurso político dos partidos das mais diferentes colorações partidárias, após a década de 80. Isso causa uma certa nebulosidade na discussão política, pois as propostas e os programas de governo tornam-se muito semelhantes, sendo que a prática política e a experiência administrativa são os únicos fatores capazes de diferenciar os partidos que se comprometem com as políticas sociais apenas no discurso daqueles que as implantam na prática, quando assumem os governos.

A população santista tem essa clareza, e sabe qual o partido mais associado à defesa das políticas sociais, mas isso não significa que votará nesse partido, ao menos em quantidade suficiente para assegurar suas vitórias, conforme atesta os resultados do Partido dos Trabalhadores nas três últimas eleições municipais. Efetivamente, a única eleição que foi decidida em Santos por causa das políticas sociais foi a de 1992, quando, amparado pelo êxito da gestão petista da saúde na administração Telma de Souza, foi eleito David Capistrano, do mesmo partido, para sucedê-la. Nos demais pleitos, a decisão do eleitorado santista foi, preponderantemente, tomada a partir da análise de outros fatores, conforme será discutido ao longo desta seção.

Atributos pessoais dos candidatos

Os atributos pessoais foram considerados temas relevantes nas quatro eleições analisadas pela pesquisa, ocupando espaço na agenda tanto nas vitórias de Telma de Souza e David Capistrano, quanto nas de Beto Mansur.

Porém, a utilização dessa temática foi prática muito mais comum entre os partidários de Beto Mansur, ora para desqualificar seu oponente, ora para enfatizar os atributos positivos do ex-radialista. Sobre Telma de Souza, por exemplo, os adversários exploraram seu estilo de vida e sua emancipação feminina de maneira negativa, invocando tabus e preconceitos que encontram ressonância nos setores mais conservadores da sociedade. Sobre isso, por exemplo, Fábio Mesquita apontou na entrevista que *“a Telma foi acusada de ser uma pessoa de vida desregrada, que não era casada, que às vezes bebia. Isso sempre usaram contra ela na eleição. Tanto que eu acho que esse foi o tema central em 2004. Outra vez ele voltou. Depois teve no Beto Mansur. Eu acho que o fato dele ser radialista, um cara super simpático. Acho que pegou, principalmente, na primeira eleição. Acho que atributos pessoais sempre tiveram uma importância”*.

Telma e Capistrano eram freqüentemente alvo de críticas pessoais de seus adversários, que acabavam sendo reverberadas pelos setores mais conservadores da cidade. Sobre eles, dizia-se, conforme entrevista, que a *“Telma, apesar de ser mulher, ia para as festas e bebia, ela era solteira, ela era lésbica, era prostituta. A gestão inteira dela foi isso. Apesar dela ter um companheiro, apesar dela ter adotado as crianças. Enfim, não interessava. O David, por sua vez, era o cara de fora, filho de alguém que tinha sido preso. Então, a elite da cidade constrói essa opinião. Tem essa questão mesmo do preconceito em Santos, que é extremamente forte”*. Verifica-se que o incômodo provocado pelo PT na cidade, devido à implantação radical das políticas sociais, foi fortalecido pelo não-enquadramento dos seus principais quadros nos costumes dos setores mais tradicionais do município.

Outro relato descreve assim o ex-prefeito Mansur, na visão de Edmon Atik: *“o Beto tem um carisma político fenomenal. Uma comunicação populística (sic) fantástica e um grau de persuasão muito elevado. Ele tinha vindo da Câmara Federal, onde era o 2º secretário-corregedor da Câmara Federal. Moço, ótimo aspecto... Fez um programa de governo interessante, uma cartilha. E derrotou a Telma”*. Dessa maneira, é muito vantajoso para os setores

interessados em esvaziar a conotação política da saúde e da administração pública conduzir a discussão para temas de menor relevo, como a vida e a personalidade dos candidatos, o que ocorre amiúde nas eleições brasileiras.

Partido político do candidato

As discussões sobre o partido político dos candidatos assumiram duas vertentes em Santos: o *petismo* e o *antipetismo*. Dessa forma, o eleitorado considera apenas duas grandes “agregações” partidárias na cidade: aquela composta pelas lideranças e militância do Partido dos Trabalhadores, que acaba aglutinando os partidos de esquerda com menor expressão, como o Partido Socialista Brasileiro (PSB) e o Partido Comunista do Brasil (PC do B); e aquela formada pelos demais partidos políticos, como Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), Partido da Frente Liberal (PFL), Partido Democrático Trabalhista (PDT) e Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

Evidência disso é que, após a vigência na legislação eleitoral brasileira do pleito em dois turnos, o PT venceu apenas a primeira eleição disputada nesse sistema, com David Capistrano, momento em que os êxitos da saúde permitiram essa vitória do petismo. Entretanto, veio a ser derrotado nos pleitos sucessivos, sempre no segundo turno, nos quais houve uma aglutinação de forças em torno do candidato que se opunha ao PT. Passagem da entrevista concedida por Edmon Atik revela, ao ser indagado sobre a importância dos partidos políticos, que *“em Santos não tem muito valor. A não ser o PT. Tanto é verdade que eles perderam. Acho que é uma conquista nacional. O PT foi derrotado três vezes seguidas pelo Beto Mansur. O Beto tem esse recorde nacional de derrotar três vezes o PT. Isso é fantástico. Numa cidade eminentemente petista. Talvez a mais petista no histórico do PT”*.

Além disso, o próprio prefeito Beto Mansur jamais foi um adepto da fidelidade partidária, conforme já relatado nesta pesquisa, o que lhe possibilita uma maior maleabilidade na composição de suas alianças e uma maior

flexibilidade ideológica na costura de seus acordos políticos, como aquele que assegurou a pasta da Saúde para Tomas Sörderberg, mediante apoio deste ao prefeito no segundo turno da eleição de 2000. Sobre isso, há na entrevista de Edmon Atik uma passagem na qual ele revela que *“ele (Mansur) sabe que naquela oportunidade que negociou o 2º turno, tentou de todas as formas não mexer... Mas o meu sucessor na secretaria fechou questão na Saúde porque ele queria me tirar de todo jeito, por uma odiosidade (sic) pessoal. Ele se candidatou já com esta idéia de negociar o 2º turno. Tanto que ele negociou com a Telma e com o Beto. A Telma não deu a Secretaria de Saúde, o Beto deu. Me sacrificou. Me sacrificou. Eu tinha certeza da minha posição excelsa no governo do Beto”*. Isso denota a pequena importância dos partidos e a tendência prevalecente nas últimas eleições de acordos desprovidos de coerência partidária ou aproximação ideológica.

Características do eleitorado santista

Entre os entrevistados, houve praticamente um consenso de que Santos tornou-se uma cidade politicamente conservadora, apesar de não ter sido em outros tempos, quando havia recebido os apelidos de Cidade Vermelha, Barcelona ou Moscouzinha Brasileira, por causa das expressivas votações do Partido Comunista Brasileiro, das greves históricas ocorridas na cidade e da organização dos trabalhadores através dos sindicatos. Entretanto, nas duas últimas décadas, a cidade assumiu um perfil mais conservador, com uma classe média muito expressiva do ponto de vista político, porém impregnada de valores conservadores. Na opinião de Marco Manfredini expressa na entrevista, *“Santos, do ponto de vista político, seria até hoje uma cidade em que a direita domina a orla e o PT e as forças de esquerda dominam a zona Noroeste e a região dos morros – onde se concentra a população de mais baixa renda. Quem acaba definindo as eleições é a região intermediária, que de certa forma consolida uma população de classe média baixa”*.

A entrevista de Berta Maria Esteves revela que ocorreu uma mudança na cidade, a partir do governo Fernando Henrique Cardoso, com a diminuição do número de empregos. Houve um êxodo dos trabalhadores – da *“massa produtiva”* – e a cidade passou a contar com um número muito grande de idosos que não possuem uma relação com a cidade. Então, *“não importa se a educação das crianças é boa ou não. Eles não têm os netos aqui. Eles vêm para aproveitar o final de vida, andar na praia, tomar banho de mar”*. Essas pessoas não teriam compromisso com a cidade e muitas vezes não usam o serviço de saúde, pois seus filhos ou eles mesmos conseguiriam manter os planos privados de saúde. *“Então, dão pouca importância às questões principais, às questões políticas. Deixou de ser uma cidade progressista”*.

O “racha” do PT em Santos

No primeiro ano da administração David Capistrano, ocorreu aquilo que ficou conhecido como o *racha do PT em Santos*. Ainda em 1993, Capistrano afastou do seu secretariado todas as pessoas ligadas à ex-prefeita Telma de Souza, configurando-se um marco nessa ruptura que divide o partido na cidade até os dias de hoje, uma vez que nas prévias para a eleição municipal, em 2004, a vaga para a disputa da chefia do Executivo foi escolhida entre cinco pré-candidatos.

Segundo os relatos das entrevistas, o “racha” não foi provocado por motivações ideológicas, mas sim pela disputa de poder na administração e pelo controle do Partido dos Trabalhadores em Santos. O PT tinha uma estrutura frágil na cidade – composta por operários e poucos intelectuais –, que cresceu muito com a vitória da Telma de Souza.

David Capistrano foi para a cidade e levou muita gente nova, que estava se formando, sanitaristas novos e as pessoas que tinham trabalhado com ele em Bauru. Criou-se um novo grupo dentro do PT na época, o Grupo da Saúde, que foi se ampliando e entrou em outras áreas. Segundo as entrevistas, Capistrano foi construindo as condições políticas para se apoderar mesmo do PT na cidade.

“Foi o que aconteceu, ele se apoderou. Ele encantou a Telma porque na verdade fez um trabalho excelente na saúde. Ele conseguia opinar sobre todas as políticas da cidade. Era um grande quadro”.¹⁹

Durante o governo de David Capistrano, seus quadros mais próximos praticamente dominaram todo o partido, a ponto da Telma perder as principais bases que possuía e ter que se submeter à convenção para a escolha do candidato à sucessão de Capistrano. *“A Telma se vê naquela situação de ter que ficar mendigando votos dos companheiros de partido, partido que ela tinha ajudado a fundar em Santos”.²⁰* Tratava-se de uma questão de estratégia política: *“o David pensava o tempo todo em Maquiavel e a Arte da Guerra. Ele sabia que tinha que derrubar todos os generais e só sobrar ele no final para ele ter absoluto controle do partido”.²¹*

Com relação ao controle da máquina administrativa, logo depois da campanha vitoriosa de David Capistrano para a prefeitura, foi iniciado um processo de exclusão dos partidários de Telma de Souza dos postos de comando do governo, sendo que, a partir do terceiro ano do mandato, houve uma radicalização desse processo e Capistrano terminou seu governo praticamente com quadros de sua estrita confiança, vindos de fora da cidade, especialmente de São Paulo e Bauru, sem nenhuma composição de forças, nem mesmo dentro do próprio PT. Isso provocou a criação da alcunha *“gafanhotos”*, que será analisada posteriormente.

Outra vertente explicativa aponta que o “racha” foi provocado pelas personalidades e estilos administrativos de Telma de Souza e David Capistrano. Segundo entrevista com Fábio Mesquita, *“acabou sendo uma divisão mais pessoal, de duas personalidades muito fortes, tanto a Telma como o David. Duas personalidades muito teimosas, que tinham caminhos de construção, vamos dizer assim, de políticas públicas diferenciados. O David era um cara muito mais radical, no sentido de ir à raiz dos problemas, mais de esquerda.*

¹⁹ Conforme passagem da entrevista com Jocelene Batista Pereira.

²⁰ Idem.

²¹ Idem.

Tinha uma formação que vinha do Partidão. A Telma era uma pessoa formada no PT, mas naquele PT Articulação, mais tranquilo, mais social-democrata. Eles tinham maneiras diferentes de tratar os problemas, só que possuíam personalidades muito fortes. Na minha opinião pesou muito mais a personalidade dos dois no racha do que necessariamente a forma como eles concebiam o governo e a administração”.

O racha pode ser simbolizado por uma prática que marcou a eleição de 1996. Indagado pela pesquisa sobre o fato de David Capistrano ter subido ou não no palanque da Telma em 1996, um entrevistado que foi integrante do governo David disse que não houve essa participação.”*O David foi impedido, inclusive, de participar de atividades de campanha junto com a Telma. Chegou a ter momentos em que, por exemplo, a gente inaugurou o Hospital da Zona Noroeste, que era o Hospital Che Guevara, e a Telma não foi na inauguração porque o David estaria lá como prefeito. Houve momentos em carreata da Telma, e isso eu vi, que ela ligou e falou: ‘Se o David vier para a carreata, eu vou embora’”.*

Os adversários do petismo utilizaram muito a exposição do racha durante o período eleitoral, principalmente em 1996. Ainda conforme o relato de Fábio Mesquita, “*o David tinha acusado a Telma de muita coisa. A Telma idem. Essas acusações vieram a público e o Beto Mansur fazia campanha assim, ele punha falas, imagens da Telma falando do David e do David falando da Telma. Ele não precisava falar ou colocar alguém para falar. Aí sim, já havia horário eleitoral gratuito na televisão na primeira eleição do Beto Mansur e ele usou imagens dessa natureza. Um falando mal do outro, questões políticas, pessoais e às vezes até questões de uso do dinheiro público. Foi uma coisa bem vergonhosa, mesmo. Bem pesada.*”

A questão dos “gafanhotos”

Esse tema teve grande relevância eleitoral na cidade de Santos e foi utilizado pelos opositores do petismo como ferramenta política que tem demonstrado muita eficácia em produzir derrotas para o PT. A questão dos “gafanhotos” deveu-se ao fato de o Partido dos Trabalhadores, nas gestões de Telma de Souza e principalmente na de David Capistrano, ter levado pessoas que não residiam em Santos para administrar a cidade, ocupando cargos de chefia, gerência e comissionados. A idéia de montar um sistema de saúde inovador, que servisse de paradigma na construção do SUS, exigiu, num primeiro momento, que Santos recrutasse grandes nomes da saúde nacional que estivessem dispostos a auxiliar nesta tarefa. Num segundo momento, diversas pessoas de fora da cidade foram atraídas pelo desafio e pela vontade de participar de um projeto que ganhava visibilidade e projeção nacional e internacional.

O próprio David Capistrano não era de Santos e tinha sido secretário municipal em Bauru, no interior do Estado de São Paulo. Além disso, no final da sua administração, já enfraquecido politicamente, cercou-se de pessoas de sua confiança oriundas em sua maioria daquela cidade e de São Paulo. Segundo relato de Marco Manfredini, *“a participação de pessoas de fora no governo surgiu com mais força na gestão do David. O David trouxe mais pessoas de fora do que a Telma. Até pela questão da derrota do PT em São Paulo e em outras cidades. Teve uma migração, mesmo. Isso é real. Várias pessoas que tinham experiência de gestão petista em outros locais acabaram indo para lá. Então, isso começou a criar na cidade esse espírito de corpo, de xenofobia. Como que não é um dentista que coordena o Programa de Saúde Bucal de Santos e nem mora em Santos?”*.

Oswaldo Justo, candidato do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), que concorreu contra Telma de Souza e Beto Mansur na eleição de 1996, foi quem criou a alcunha de “gafanhotos” para se referir aos técnicos e profissionais trazidos pelas administrações petistas para participar da

implantação do SUS. Gafanhotos porque, segundo o candidato, ao chegarem num determinado local dizimam toda sua riqueza. Segundo a entrevista de Marco Manfredini, *“na realidade, quem fez o discurso xenófobo não foi o Beto Mansur, foi o Oswaldo Justo, que era o candidato do PMDB. Justo é que saiu nas ruas falando que Santos tinha que se livrar dos gafanhotos, ter de voltar aos santistas. Isso já numa articulação com o Beto Mansur para o 2º turno”*. Dessa forma, surgiu na eleição de 1996 a expressão “gafanhotos”, que viria a ser usada até a exaustão nesse pleito e nos subseqüentes, o que certamente contribuiu para a derrota de Telma de Souza.

Entretanto, é importante salientar que essa idéia de valorizar os santistas contra os estrangeiros também foi utilizada pelos partidários da Telma, nos embates internos do partido e nas prévias para a escolha do candidato à sucessão de David Capistrano, uma vez que a prefeita era da cidade e seu sucessor, que se tornara opositor, era natural de Bauru, no interior do Estado de São Paulo. Ainda na entrevista concedida por Marco Manfredini, fora apontado que *“setores do próprio PT fizeram discurso dos gafanhotos na sucessão do David para a Telma. Pessoas que tinham interesse em assumir cargos numa possível vitória da Telma. Então, mesmo dentro do próprio PT teve um discurso dessa natureza. Não enquanto discurso orquestrado pelo partido, mas por vários setores ligados à candidatura da Telma, que faziam campanha abertamente dizendo que se ela ganhasse os gafanhotos seriam varridos. Uma coisa que acho importante dizer para não ficar só na conta da direita e dos conservadores da cidade”*.

Ainda sobre essa questão, relata Roberto Tykanoti Kinoshita, interventor na Casa de Saúde Anchieta nos governos Telma e Capistrano, que no final da prévia que escolheu Telma de Souza como candidata do partido para a sucessão de Capistrano, era possível ouvir o grito de vitória do grupo ligado à ex-prefeita que, sobre um caminhão de som, exclamava a frase *“volta para Bauru!!”*, oferecendo *“de bandeja”* o discurso para os opositores do partido.

O tema dos gafanhotos também foi considerado importante entre os opositores do PT em Santos, conforme entrevista de Edmon Atik, ao afirmar que o PT é um partido que apadrinha gafanhotos, pois os petistas viriam de uma *“classe mais sofrida, trabalhadora”* e era algo comum eles se proteger *“salarialmente”* (sic), mesmo porque o partido retiraria 30% dos salários. *“Eles tinham interesse em fortalecer o partido e nomear pessoas advindas de todo Brasil para os municípios onde eles detinham o Poder Executivo ou Legislativo. Então, esses gafanhotos foram uma realidade em Santos. Vinham pessoas de todos os cantos fixar residência em Santos. Com isso o PT se fortalecia, ganhava dinheiro, fortalecia o partido. Era um círculo vicioso, já como um direcionismo político-partidário superior. Essa ordem era central da presidência do partido e que você tinha que cumprir”*. Dessa maneira, a questão dos gafanhotos adquiriu mais uma faceta para os opositores do PT: possibilitar emprego para os petistas e ao mesmo tempo amealhar recursos para o partido.

Curiosamente, a deliberação do PT de cobrar uma parcela dos vencimentos de seus militantes que ocupam cargos de direção nas administrações do partido surgiu no início da década de 80. O partido, formado inicialmente por operários, intelectuais, militantes de movimentos sociais e da igreja católica e apresentando como marca um discurso crítico à ação dos partidos políticos “tradicionais”, instituiu a cobrança para não ficar dependente da contribuição de empresários e banqueiros, ou seja, daquela que era considerada pelo PT a burguesia nacional. Esse fato, não apenas em Santos, tornou-se alvo de críticas de seus opositores em todo o país, que acusam o partido de cobrar *“pedágio”* dos seus militantes e indicá-los para postos-chave das suas administrações, uma vez que isso enriqueceria o próprio partido. Isso contribuiu para o estigma de fomentador de gafanhotos que foi imputado ao partido por seus opositores em Santos.

Ainda baseado no relato de Edmon Atik, *“o Beto fez todo o governo dele com santistas. O PT não. Tanto a Telma como o David importaram muita gente. Essa importação humana era desinteressante porque eram pessoas que não conheciam a cidade. Pessoas que não tinham raízes na cidade, não tinham*

sentimentos na cidade. Então, digo que eles fizeram um governo contrário aos interesses da municipalidade, o que foi rechaçado três vezes pela população, que aprendeu a ver que aquela atuação do PT era indevida”.

Além disso, o discurso dos gafanhotos afetou o petismo em Santos, provocando situações que expuseram os técnicos e administradores que foram participar da implantação do SUS na cidade, como a relatada por entrevistado que exerceu cargo na administração petista: *“A gente, permanentemente, era acusado de ser gafanhoto, pessoas que vinham de fora, que iam dizimar a cidade. Até tem um episódio interessante que foi uma das minhas poucas relações com o governo Beto Mansur, quando fui sondado por pessoas que estavam, a pedido dele, pedindo para que continuasse à frente da coordenação de um programa na sua gestão. Falei que era um gafanhoto e, como eu já tinha dizimado a cidade, tinha que partir para dizimar um outro canto”.*

Esse assunto foi utilizado largamente até o ultimo pleito, em 2004, quando o PT sofreu nova derrota com Telma de Souza para o candidato apoiado por Mansur, João Paulo Tavares Papa, do PMDB: matéria publicada no jornal *Folha de São Paulo* (27/10/2004), às vésperas do segundo do turno dessa eleição, trouxe estampado o título *“Desempregado do PT irá para Santos, diz PMDB”*. A notícia relata que duas peças publicitárias, veiculadas na televisão, da campanha à Prefeitura de Santos de João Papa (PMDB) motivaram o PT a entrar na Justiça Eleitoral solicitando direito de resposta. As propagandas insinuavam que, em breve, ocorreria – no caso de vitória da ex-prefeita Telma – uma invasão de petistas de outras cidades, nas quais o partido havia sido derrotado, pessoas que viriam tomar o emprego dos santistas. Numa das propagandas, *“um ator diz que, por ter perdido eleições o PT deixaria 13 mil pessoas desempregadas. Neste momento, o desenho de um inseto passa voando e pousa no ator. Segundo a coligação de Papa, a palavra ‘gafanhoto’ não foi mencionada”* (*Folha de São Paulo*, 27/10/2004).

Porém, não deixa de ser uma expressão completamente “*inadequada, xenofóbica e extremamente racista sobre esse ponto de vista*”.²² Vale mencionar, por exemplo, que milhares de pessoas residentes em Santos saem diariamente da cidade para trabalhar em São Paulo ou no ABC paulista e que não são considerados gafanhotos em nenhuma outra cidade. Claro que essa expressão criada para defender o fato de que as pessoas de fora poderiam eventualmente ir para a cidade e roubar os empregos, foi uma questão bastante explorada nos processos eleitorais. Entretanto, é inegável a contribuição dessas pessoas para cidade, ajudando a construir o sistema público de saúde e outras políticas públicas. Da mesma forma, hoje há pessoas naturais de Santos, conforme relatado nas entrevistas, que contribuem no Brasil inteiro, também exportando know-how e levando os conhecimentos que aprendeu em Santos para outros municípios.

À guisa de conclusão para este capítulo, após exposição e análise dos resultados das entrevistas com componentes das administrações petistas e Mansur na cidade, será discutido qual o *locus* da saúde na arena política e eleitoral de Santos. A saúde foi componente fundamental na elaboração do conceito *modo petista de governar* e a experiência de Santos foi uma das que mais contribuíram para o delineamento dessa chancela que marcou as administrações petistas entre o final dos anos 80 e início dos 90. A vitória de Beto Mansur impôs termo a essa experiência com uma nova maneira de governar, na qual foram invertidas as prioridades e a questão social perdeu espaço para obras de revitalização urbana e implemento do turismo.

A saúde foi uma questão política em Santos durante as administrações petistas, tornando-se uma arena de tensões, contradições, embates e conflitos, num processo dialético e ao mesmo tempo criativo e inovador. Abriu-se a discussão da saúde para os técnicos, responsáveis pelos programas, médicos e servidores, assim como para a participação da população, mesmo que de maneira incipiente e institucionalizada através do Conselho Municipal de Saúde

²² Expressões usadas por Fábio Mesquita na entrevista concedida à pesquisa.

ou da organização da comunidade. Quando a saúde é política, torna-se mais porosa a críticas e pressões que possam tensionar a administração e possibilitar uma melhor qualidade dos serviços oferecidos à população.

No governo Mansur, especialmente após a saída de Odílio Rodrigues Filho, essa abertura e politização da saúde deixaram de existir, transformando-se numa questão técnica, o que na verdade ocultava um desinteresse pela política social, que se revelou pela pauperização e gradativo sucateamento dos equipamentos, das condições de trabalho e da qualidade dos serviços. Entretanto, a maior perda foi o fim da ousadia, da capacidade de inovar, provocar, liderar os municípios brasileiros no processo de construção do SUS.

O fim da liderança de Santos na área da saúde refletiu-se naquilo que hoje é a municipalização dessa política. Os municípios, que antes estavam à frente do processo, através dos seus órgãos de representação como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e de experiências inovadoras e de vanguarda como a santista, hoje apenas seguem a cartilha oferecida pelo Ministério da Saúde, na maioria das vezes atraídos pelos recursos financeiros que são oferecidos pela adesão aos programas formulados no nível central. As cidades são hoje no SUS um pálido reflexo daquilo que foram no final da década de 80 e na primeira metade dos anos 90.

Quanto à participação dos atores políticos no processo de tomada de decisões, é possível afirmar que os diferentes governos em análise foram centralizadores, poucas vezes abrindo mão da prerrogativa de definir as diretrizes e rumos da política de saúde. Se o governo petista fosse mais aberto à participação de diferentes atores políticos, na tomada de decisão, talvez tivesse dificultado a tarefa de Beto Mansur de apagar sua marca da saúde. Poderia haver mais resistência de setores organizados da sociedade sem identificação com o petismo, pois, conforme foi observado, a cidade se divide entre os apaixonados e os que odeiam o partido. E se Beto Mansur tivesse optado por uma gestão mais democrática e participativa, provavelmente os efeitos da sua passagem na prefeitura sobre a saúde seriam menos danosos.

A saúde foi um tema decisivo no cenário eleitoral de Santos apenas na eleição de 1992, quando David Capistrano venceu graças ao enorme capital político acumulado pela sua gestão da saúde, no governo Telma de Souza. Nos demais pleitos analisados, a cidade ficou dividida: os mais pobres votaram com o petismo, pois foram os mais beneficiados pela sua gestão, enquanto os mais ricos apoiaram o modelo de governo proposto por Beto Mansur. A classe média, fiel da balança, pendeu também majoritariamente para Mansru, o que significa que a variável saúde não foi a preponderante para a decisão do eleitorado. Em parte houve uma aceitação pelo *modo Mansur de governar*, mas em partes a agenda e o debate eleitoral foram pautados pelo *antipetismo*, pela discussão sobre aspectos pessoais dos postulantes à prefeitura, ou ainda pelas questões do “*racha interno*” do PT e dos “*gafanhotos*”.

Quando o debate é esvaziado de questões políticas relevantes, a tendência é de que o resultado das eleições nem sempre representará benefícios para a população, pois o debate se torna turvo, enevado, e os temas realmente importantes ficam relegadas ao segundo plano, quando deveriam ocupar o topo da agenda de discussões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho objetivou a realização de uma análise comparativa da gestão do sistema municipal de saúde da cidade de Santos, no Estado de São Paulo, entre as administrações do Partido dos Trabalhadores (Telma de Souza e David Capistrano) e o governo Beto Mansur. Este processo foi escolhido por significar uma oportunidade de se investigar uma experiência efetiva de municipalização de políticas sociais, aspecto importante na agenda contemporânea da reforma do Estado. A pesquisa revestiu-se ainda de mais riqueza porque o petismo e Beto Mansur se encontram em campos políticos e ideológicos diametralmente opostos. Assim, a gestão da saúde pôde ser analisada tendo como pano de fundo a discussão sobre a política e os poderes locais, suas contradições, embates, conflitos e visões diferenciadas sobre o lugar e a importância das políticas sociais na agenda desses diferentes governos.

Para alcançar este objetivo, o estudo discutiu alguns dos principais marcos teóricos contemporâneos sobre descentralização e reforma do Estado, além do debate sobre as políticas públicas como instrumento de combate às desigualdades socioeconômicas e à pobreza. Foi analisada, ainda, a trajetória da descentralização das políticas de saúde no Brasil, com ênfase na promulgação da Constituição de 1988 e, principalmente, na edição das Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde, em 1993 e 1996, as NOBs, instrumentos estratégicos na gestão do SUS, editadas com a finalidade de reorientar e redefinir objetivos, prioridades, diretrizes e táticas do sistema. Também foram analisados os impactos da edição, em 2002, da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS, no sistema, em especial no que se refere ao papel dos municípios na organização regional do SUS, sua nova diretriz prioritária, assim como discutidas as gestões de José Serra e Humberto Costa à frente do Ministério da Saúde.

Foi utilizado um amplo acervo de dados e informações, no sentido de caracterizar o município de Santos em alguns de seus principais aspectos,

revelando, através desses indicadores, as condições e recursos de seu sistema, assim como as condições de saúde de sua população. Transcorridas essas etapas, o estudo tratou especificamente da comparação entre a gestão da saúde nos governos petistas e na administração Beto Mansur, ao realizar, além da análise das características mais gerais do sistema de saúde nesses períodos, uma investigação prioritária sobre as políticas de prevenção e tratamento da Aids e do programa de saúde mental implantados no município e seu desenrolar, ao longo dos diferentes governos. Foram eleitas essas duas ações governamentais por serem as que alcançaram resultados mais expressivos e asseguraram a maior visibilidade, nacional e internacional à cidade de Santos, nos governos petistas, suscitando assim interesse em saber de que maneira seriam tratadas na administração Mansur.

Por fim, o estudo discutiu o *locus* da saúde na política local, analisando as diferenças entre o “*modo petista*” e o “*modo Mansur*” de governar e debatendo a possibilidade de se considerar a saúde uma questão política na cidade e sua relevância nas eleições travadas no município, assim como outros temas que ocuparam a agenda dos processos sucessórios em Santos.

O estudo revelou que houve um deslocamento do debate teórico sobre as políticas sociais no Brasil, entre a década de 90, quando se procurava estabelecer um modelo mais eficiente e eficaz para a gestão das políticas públicas, e o início dos anos 2000, quando essas políticas foram discutidas como instrumento de combate às desigualdades socioeconômicas e o enfrentamento da pobreza. A reforma do Estado, nesse período, ficou atrelada à agenda e às prioridades econômicas, sendo seus parâmetros definidos sob o primado da economia, restringindo a reforma às metas de corte de gastos e redução do déficit público. Isso significou uma visão reducionista da reforma do Estado, em detrimento de uma perspectiva que privilegiasse o processo de consolidação política da democracia nos países da América Latina e da adoção de políticas sociais universalistas que assegurassem a inclusão social e a redução dos danos da exposição à pobreza de parcelas significativas de suas populações. Esse reducionismo, inspirado no receituário de ajustes para as

economias em desenvolvimento propugnado pelo *Consenso de Washington*, analisa as políticas sociais através de um discurso meramente ideológico, caracterizando-as como paternalistas, geradoras de desequilíbrio fiscal, causadoras de custos excessivos do preço da mão-de-obra e que deveriam, em razão disso, ser acessadas via mercado, promovendo a competição e o melhor uso dos recursos estatais, que atuariam na complementação da renda dos mais pobres, que se tornariam consumidores dessas políticas, reduzindo a questão social à questão da pobreza e da sua focalização.

Acerca da descentralização das políticas públicas, verificada no Brasil, é possível afirmar que a questão da municipalização da saúde reveste-se de extrema importância, diante da discussão sobre a redução do tamanho e da participação do Estado na sociedade, pressuposto do modelo neoliberal de Estado e que hoje faz parte do chamado “pensamento hegemônico”. Atribuir maior responsabilidade aos municípios na gestão da política de saúde não significa eximir o Estado brasileiro daquilo que reza a Constituição Federal, em seu Artigo 196: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O Executivo municipal é tão Estado como a União e os governos estaduais, e estes não podem se isentar, apesar da real transferência de atribuições e de autonomia para o gestor municipal, de sua parcela de responsabilidade na condução da política de saúde, o que significa, em última medida, responsabilidade pela saúde dos brasileiros.

O processo de municipalização das políticas sociais colocou os prefeitos no centro das decisões sobre o modelo de política que seria oferecido às populações de cada localidade. Novamente citando Dowbor (1993), os municípios foram colocados na linha de frente de uma situação que exige intervenções ágeis e que superam as antigas rotinas de cosmética urbana, como gerir amplos projetos de infra-estrutura, políticas sociais e a dinamização das atividades econômicas locais. Mesmo que sob a coordenação do Ministério da

Saúde, o SUS atribui uma relativa autonomia para o gestor municipal definir quais ações e programas de saúde serão desenvolvidos na localidade, preconizando o controle público através dos conselhos municipais e, mais recentemente, da regionalização da atenção à saúde. Dessa maneira, os prefeitos possuem autonomia e tomam decisões fundamentadas em seus compromissos públicos, de campanha eleitoral, ou ainda em sua visão de mundo formulada através de concepções políticas e ideológicas que, muitas vezes, são antagônicas entre os mandatários que se sucedem a cada quatro anos; e o mesmo se aplica para os matizes adotados na formulação das políticas públicas e sociais.

Foi o que ocorreu em Santos, cidade rica e complexa, onde, entretanto, persistem mazelas no acesso e nas condições de saúde de sua população, conforme revelaram os dados estatísticos, cuja população não apresenta perfil socioeconômico homogêneo entre suas diferentes regiões, reflexo da existência de áreas de pobreza e maior vulnerabilidade a riscos provocados pela pobreza, acesso inadequado aos serviços de saúde, baixa escolarização ou rendimento, o que mantém atualizada a necessidade de intervenções públicas, através de políticas que superem essas diferenças e assegurem condições mínimas de saúde e qualidade de vida para a todas as regiões e segmentos populacionais da cidade. Santos conheceu nas gestões petistas uma experiência radical de superação da pobreza e de inclusão social por meio de políticas públicas, entre as quais se destacou a política de saúde pelo pioneirismo e inovação – considerando que o país ainda atravessava o estágio inicial de implantação do SUS – e pela ousadia, refletida em ações como a política de prevenção e tratamento da Aids, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta e o tratamento dos agravos à saúde mental fora dos limites do hospital. A coragem também foi uma marca desse período, uma vez que os interesses políticos e econômicos, tradicionalmente hegemônicos antes da ascensão do petismo, tiveram que ser enfrentados para a implantação de um sistema público e universal de saúde, além das reações fundamentadas em valores religiosos e morais, advindas da proteção oferecida a prostitutas, usuários de drogas, loucos, enfim, os parias de

qualquer sociedade, inadmissível para os grupos mais conservadores da sociedade santista.

Porém, a implantação do sistema e dos programas temáticos de saúde no governo Telma de Souza fez com que se multiplicasse a parcela do orçamento municipal destinado aos gastos com essa política, e o seu sucessor, David Capistrano, por força da crise financeira atravessada pelo país no início da década de 90, em razão do esgotamento do Plano Cruzado e do esgarçamento político do presidente Fernando Collor de Melo, enfrentou sérias restrições orçamentárias para assegurar aquilo que havia sido implantado na primeira administração petista. Essas restrições foram amenizadas com a adesão do município ao modelo de Gestão Plena da saúde, de acordo com as diretrizes vigentes então no SUS, que assegurou ao município o repasse de recursos financeiros da parte do governo federal para o custeio das ações, programas e procedimentos de saúde realizados na cidade, tanto na rede pública como na particular conveniada ao sistema. Os governos petistas não tiveram êxito na criação de uma rede de apoios públicos e de movimentos sociais que assegurassem a continuidade das políticas adotadas, mesmo no que se refere à implantação do Conselho Municipal de Saúde que, ao longo desse período, manteve-se institucionalmente ligado ao Executivo municipal, comprometendo sua legitimidade e a formação de uma rede de sustentação com capilaridade política e social que garantissem essas políticas numa eventual transição do governo com perfis ideológicos e políticos distintos daqueles que orbitavam em torno do Partido dos Trabalhadores.

Foi isso o que ocorreu com a vitória eleitoral de Beto Mansur, que significou uma inversão de prioridades na gestão da administração municipal. A saúde foi parcial e continuamente esvaziada de recursos, até que o reflexo desses ajustes passasse a ser verificado pela deterioração dos equipamentos e da qualidade dos atendimentos, serviços e recursos oferecidos à população usuária do sistema público de saúde. Mansur procurou reconcentrar nas áreas administrativas e financeiras da administração municipal os recursos financeiros e a gestão de pessoal que, anteriormente, estava sob gestão da Secretaria

Municipal de Saúde, para que, através de um maior controle e restrição nos gastos, houvesse uma possibilidade maior de investimento em obras de melhoria e conservação da cidade, dinamizando-a como pólo turístico, construindo uma ciclovia que cobriria expressiva parcela da cidade, além de praças e jardins, ações que tiveram impacto significativo numa melhor apresentação visual da cidade, tanto para moradores e aqueles que circulam da região da orla e adjacências, como para os turistas que impulsionam a economia local. Essa postura denota uma filiação ideológica de Beto Mansur àqueles que propugnam a submissão das políticas sociais ao primado da economia e sua focalização num elenco mínimo de ações, dirigidas preferencialmente aos setores mais pobres da população, sem que isso signifique a superação da pobreza, mas apenas a manutenção de um rol mínimo de políticas inspiradas naquelas preconizadas pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Saúde da Família (PSF).

Persiste sem resposta a indagação de como garantir a continuidade de programas bem-sucedidos, políticas que resultaram em benefício da população, diante da alternância de poder ínsita à democracia. Verificou-se que o êxito de uma política de saúde não garante, ao seu formulador, vitórias eleitorais, uma vez que, conforme revelou a pesquisa, a única eleição municipal realizada em Santos na qual o tema saúde foi decisivo ocorreu em 1992, quando David Capistrano, secretário municipal de saúde do governo Telma de Souza, venceu o pleito e veio a sucedê-la. Porém, a agenda de debates dos sufrágios seguintes foi dominada por temas distintos, como os atributos pessoais dos candidatos, a exploração do “*racha interno*” do PT de Santos, ocorrido entre o final do governo Telma e início da gestão Capistrano, além da abjeta utilização do tema dos “*gafanhotos*”, assunto que se revelou constante nos embates eleitorais travados na cidade.

A única alternativa que parece viável para assegurar a continuidade de políticas públicas diante da alternância de poder parece ser sua *politização*: isso não significa *partidarização* das políticas sociais, o que na verdade dificultaria sua continuidade, mas sim situá-las no centro da esfera pública, familiarizar a

sociedade com sua discussão e, no caso específico de Santos, convencer os setores médios da sociedade de que a oferta de serviços públicos de qualidade, mesmo se eles não vierem a utilizá-los, é fundamental para manutenção do contrato social que assegura o convívio *civilizado* entre os diferentes segmentos da sociedade, ao neutralizar ou amenizar os nefastos reflexos da pobreza sobre a coesão social. Em Santos, os pobres são minoria e se encontram em regiões específicas da cidade, como a Zona Noroeste e os morros. Dessa maneira a sensibilização dos setores médios para a defesa das políticas sociais é essencial para que estas voltem a exercer influência nos debates e nos resultados eleitorais. A politização das políticas sociais exige, ainda, a criação de conselhos que representem os diferentes segmentos da sociedade, legitimando-os e assegurando sua capilaridade e penetração popular, em contraposição à *partidarização* desses conselhos que, se num primeiro momento de implantação pode assegurar sua existência, posteriormente provoca a estigmatização dos mesmos, que acabam representando apenas parte, como denota o nome *partido*. É fundamental dar visibilidade a essas políticas, atribuindo-lhes o caráter de *conquistas populares* e não de benesses oferecidas pelos detentores do poder público. Em síntese, as políticas sociais não podem apenas ser bandeiras partidárias; é necessário que sejam bandeiras da sociedade.

Esvaziar o conteúdo político das políticas sociais faz com que elas se tornem invisíveis e saiam da agenda pública, facilitando sobremaneira a tarefa daqueles que ideologicamente a elas se contrapõem, como aconteceu em Santos.

BIBLIOGRAFIA

ABRÚCIO, F. L. e COUTO, C. G., A redefinição do papel do Estado no âmbito local. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: Fundação Seade, v.10, n.3, jul-set 1996.

ANDRADE, V. B. *et alii*. De capital da Aids a porto da esperança. In CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUES, C. M. P. (orgs.). *Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. 2ª. ed. rev. e ampl., São Paulo: Hucitec, 1997.

ARRETCHE, M. T. S. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo: Anpocs, ano 11, n.31, 1996.

_____. O sistema de proteção social brasileiro: em direção a um modelo descentralizado. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: Fundação Seade, v.11, n.3, jul-set 1997.

_____.; MARQUES, E. Municipalização da Saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, v.7, n.3, 2002.

ALMEIDA, E. S. *Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93*. Tese de Livre Docência. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo: 1995.

BARRETO JR., I. F. *Reforma do Estado: uma análise do Sistema único de Saúde em São Paulo*. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, PUC-SP, São Paulo: 1999.

BITTAR, J. (org.). o modo petista de governar. *Teoria & Debate*. São Paulo: Partido dos Trabalhadores, 1992 (Caderno Especial).

BRAGA, J. C. de S.; BARROS SILVA, P. L. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In NEGRI, B.; GIOVANNI, G. Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas: Unicamp , 2001.

BRESSER PEREIRA, L. C. A Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Cadernos MARE da Reforma do Estado*. Brasília: Ministério da Administração e da Reforma do Estado - MARE, n.1, 1997.

BEHRING, E. R. Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez , 2003.

BORON, A. A. El Estado y las reformas Del Estado orientadas al mercado: los desempeños de la democracia en América Latina. In KRAWCZYK, N. R.; Wanderley, L. E. (orgs.). *América Latina: Estado e reformas numa perspectiva comparada*. São Paulo: Cortez: PUC-SP, 2003.

CALDERÓN, A. I. *Democracia Local e Participação Popular*. São Paulo: Cortez, 2000.

CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUES, C. M. P. (orgs.). *Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. 2ª. ed. rev. e ampl., São Paulo: Hucitec, 1997.

CAPISTRANO FILHO, D. *Da saúde e das cidades*. São Paulo: Hucitec, 1995.

CHIORO DOS REIS, S. L. *Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção em saúde mental*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo: 1998.

COHN, A. Descentralização, cidadania e saúde. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: Fundação Seade, v.6, n.4, out-dez 1992.

_____(coord.). Descentralização, saúde e democracia: o caso do Município de Botucatu, Itú, Santo André e São Paulo. *Cadernos Cedec*. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea - Cedec, números.38, 41, 42 e 44, 1989-1992.

_____. As políticas sociais no governo FHC *Revista de Sociologia da USP Tempo Social*, São Paulo: Edusp, v11, n.2, fevereiro de 2000.

_____. Estado e Sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, v.8, n.1, 2003.

_____; ELIAS, P. E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de Serviços*. 3ª. ed. rev., São Paulo: Cortez: Cedec, 1999.

COUTINHO, J. A. *O Conselho Municipal de Saúde: um estudo da participação popular na Cidade de São Paulo*. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, PUC-SP, São Paulo: 1996.

DEMO, P. *Introdução à Metodologia da Ciência*. 2ª. ed., São Paulo: Atlas, 1990.

DINIS, E. *Crise, Reforma do Estado e governabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.

_____. Globalização, ajuste e Reforma do Estado: um balanço da literatura recente. Seminário Internacional Reestruturação e Reforma do Estado: O Brasil e a América Latina no Processo de Globalização. São Paulo: FIA-Capes/CNPq/Mare-FEA-USP, 1998.

COSTA, N. R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In NEGRI, B.; GIOVANNI, G. *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas: Unicamp, 2001.

DOWBOR, L. O novo contexto da gestão local. Seminário Municipalização das Políticas Públicas. Anais do Seminário Municipalização das Políticas Públicas. Brasília: Ipea-Ibam-Enap, 1993.

DRAIBE, S. M. A política social na América Latina: o que ensinam as experiências recentes de reforma. In DINIZ, E. e AZEVEDO, S. (orgs.). *Reforma do Estado e democracia no Brasil*. Brasília: Editora UNB/Enap, 1997.

ELIAS, P. E. M. *Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político institucional*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo: 1996.

_____. Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde. *Revista Lua Nova*. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea - Cedec, n.40/41, 1997.

FERREIRA, A. L.S.; ALMEIDA, M. A. (organizadores). *Santos: o desafio de ser governo*. São Paulo: Instituto Pólis, 1994.

FUNDAÇÃO SEADE. *Anuário Estatístico do Estado de São Paulo*. São Paulo: Fundação Seade, 1992-2003.

GONÇALVES, A. *Lutas e sonhos: cultura política e hegemonia progressista em Santos: 1945-1962*. São Paulo: Unesp, 1995.

_____. *Políticas públicas e a ciência política*. Santos: mimeo, 2004.

HEIMANN, L. S (coord.). *A descentralização do sistema de saúde no Brasil - uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Instituto de Saúde, Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde, 1998.

IPEA/IBAM/ENAP. Seminário Municipalização das Políticas Públicas. *Anais do Seminário Municipalização das Políticas Públicas*. Brasília: Ipea/Ibam/Enap, 1993.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise (9)*. Brasília: Ipea, agosto de 2004.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e mudanças nas organizações públicas de saúde. In *Cadernos Fundap – Desafios da Gestão Pública Paulista*. São Paulo: Fundap, n.21, 1997.

KRAWCZYK, N. R.; Wanderley, L. E. (orgs.). *América Latina: Estado e reformas numa perspectiva comparada*. São Paulo: Cortez: PUC-SP, 2003.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUES, C. M. P. (orgs.). *Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. 2ª. ed. rev. e ampl., São Paulo: Hucitec, 1997.

LAURELL, A. C. (org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez Editora, 1995

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C. V. Políticas de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, v.6, n.2, 2001.

MELO, M. A. Crise federativa, guerra fiscal e hobbesianismo municipal: efeitos perversos da descentralização? *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: Fundação Seade, v.10, n.3, jul-set 1996.

_____. Reformando a reforma: interesses, atores e instituições da seguridade social no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: Fundação Seade, v.10, n.4, out-dez 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde - NOB SUS 01/93*. Diário Oficial da União. Brasília, 24 de maio de 1993.

_____. *Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde - NOB SUS 01/96*. Diário Oficial da União. Brasília, 23 de maio de 1997.

_____. *O sus no seu município: garantindo saúde para todos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Plano Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NÚCLEO DE PESQUISAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS DA UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA - NESE. *Índice de Exclusão e Inclusão Social de Santos - SP*. Disponível em <<http://www.nese.unisanta.br/>>. Acessado em 01/10/2004.

OLIVEIRA, F. *Aproximações ao enigma: o que quer dizer desenvolvimento local?* São Paulo: Instituto Pólis, 2004.

PALOCCHI, A. *et alii*. *Desafios do poder local: o modo petista de governar*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1997.

PENEDA, B. M. M. *O céu do gás heterogêneo: considerações sobre políticas públicas, subjetividade e saúde mental no município de Santos-SP*. Tese de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, PUC-SP, São Paulo: 2000.

PIMENTA, A. P. Brevíssima história da implementação do SUS em Santos. In CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUES, C. M. P. (orgs.). *Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. 2ª. ed. rev. e ampl., São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, M. B. P. *Imprensa e Telejornal: visões políticas de Santos* Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, PUC-SP, São Paulo: 2003.

SILVA, Z. P. O município e a descentralização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: Fundação Seade, v.10, n.3, jul-set 1996.

SILVA, Z. P.; BARRETO JUNIOR, I. F.; SANT'ANA, M. C. A saúde do trabalhador no âmbito municipal. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: Fundação Seade, v.17, n.1, jan-mar 2003.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contexto de desigualdades e descentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, v.7, n.3, 2002.

SOUZA, M. T. V.; FONTES, A. M. M. Santos: políticas públicas de uma mulher. *Revista de Administração municipal*. Rio de Janeiro: IBAM, v.40, n.209, out-dez 1993.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2):451-555, 2001.

TAPIA, J. R.B. e HENRIQUE, W. Crise, reforma e políticas sociais na América Latina. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: Fundação Seade, v.10, n.3, jul-set 1996.

TOBAR, F. O Conceito de descentralização: usos e abusos. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*. Brasília, Brasília: Ipea, n.5, junho 1991.

VÉRAS, M. P. B. Trocando olhares: uma introdução à construção sociológica da cidade. São Paulo: Educ, 2000.

VIANA, A. L.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e Federalismo: a política de saúde em novo contexto. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, v.7, n.3, 2002.

ANEXO – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais – PUC-SP

**Pesquisa para Tese de Doutorado: Poder local e política: a saúde como
locus de embate na cidade de Santos – SP**

Irineu Francisco Barreto Jr.

1. Identificação do Entrevistado

Nome |_____|

Relação com Santos e a Saúde em Santos

|_____|

Período |_____|

e-mail |_____|

telefone |_____|

data da entrevista |_____|_____|_____|

2. Sobre a política pública de Saúde

2.1. Quais foram as prioridades e as principais ações do governo (Petista/Beto Mansur) na área da Saúde?

2.2. A Saúde foi uma prioridade na agenda do governo (Petista/Beto Mansur)? De que maneira isso pode ser verificado?

2.3. Existem diferenças, de uma maneira geral, entre o “Modo Petista” e o “Modo Beto Mansur” de Governar? Quais são elas?

2.4. Existem diferenças entre o “Modo Petista” e o “Modo Beto Mansur” de gerir políticas de saúde? Quais são elas?

2.5. Quais foram as principais ações do Governo Beto Mansur na gestão da política de prevenção e tratamento da AIDS?

2.6. Quais foram as principais ações do Governo Beto Mansur na gestão da política de Saúde Mental?

3. Sobre a Saúde e a arena política local

3.1. Na sua opinião, a saúde é uma questão política na cidade de Santos? Por quais motivos?

3.2. Na sua opinião, qual a importância da saúde do cenário político geral da cidade de Santos?

3.3. Na sua opinião, existem grupos de pressão (movimentos sociais, sindicatos, profissionais liberais) que influenciaram, **nos governos petistas**, o processo de tomada de decisão na gestão da política de saúde? Quais foram esses grupos de pressão? De que maneira influenciaram na tomada de decisões? (Pergunta espontânea)

3.4. Na sua opinião, existem grupos de pressão (movimentos sociais, sindicatos, profissionais liberais) que influenciaram, **no governo Beto Mansur**, o processo de tomada de decisão na gestão da política de saúde? Quais foram esses grupos de pressão? De que maneira influenciaram na tomada de decisões? (Pergunta espontânea)

3.5 Vou mencionar alguns atores políticos e gostaria de saber se, na sua opinião eles foram ou não importantes ***no processo de tomada de decisões do governo petista/Beto Mansur sobre a saúde*** de Santos, e, se eles foram importantes, como foi que se deu essa participação no processo de tomada de decisões. (pergunta estimulada)

Atores políticos: importância:	Se a resposta for “Sim”, como foi a participação no processo de tomada de decisões:
Conselho Municipal de Saúde _ _ Sim _ _ Não	
Conferências Municipais de Saúde _ _ Sim _ _ Não	
Sindicatos de trabalhadores da Saúde _ _ Sim _ _ Não	
Prestadores de Serviços de Saúde _ _ Sim _ _ Não	
Profissionais Liberais (médicos, dentistas...) _ _ Sim _ _ Não	
Partidos Políticos _ _ Sim _ _ Não	
Câmara dos Vereadores _ _ Sim _ _ Não	

4. Sobre a Saúde e as eleições em Santos

4.1. Na sua opinião, a Saúde é um tema decisivo no cenário eleitoral de Santos?
De que maneira influencia o eleitorado ao decidir pelo seu voto?

4.2. Vou mencionar as últimas eleições realizadas em Santos (exceto 2004) e quero saber se, na sua opinião, a Saúde foi um tema decisivo para que o eleitorado fizesse sua opção pelo voto nessas eleições e os motivos que atribuíram, ou não, essa importância à Saúde:

Eleição:	Motivos da importância ou não da saúde na decisão do eleitorado:
1988 (eleição da Telma de Souza) ☐ Sim ☐ Não	
1992 (eleição do Davi Capistrano) ☐ Sim ☐ Não	
1996 (eleição do Beto Mansur) ☐ Sim ☐ Não	
2000 (reeleição do Beto Mansur) ☐ Sim ☐ Não	

4.3. Além da política de saúde, vou mencionar alguns outros fatores da política local e quero saber se, na sua opinião, de uma maneira geral, eles foram importantes no processo de tomada de decisão do eleitorado nas últimas eleições realizadas no município (exceto 2004):

Fatores da política local:	Motivos da importância ou não desses fatores na decisão do eleitorado:
Propostas para as políticas sociais _ Sim _ Não	
Opção por políticas públicas voltadas aos pobres/excluídos _ Sim _ Não	
Atributos pessoais do candidato _ Sim _ Não	
Partido político do candidato _ Sim _ Não	
Características do Eleitorado Santista (mais conservador ou progressista) _ Sim _ Não	
O “racha” do PT de Santos _ Sim _ Não	
A questão dos “Gafanhotos” _ Sim _ Não	
Outros fatores? Quais _____	

5. Sobre o processo de descentralização da Saúde

5.1. Para finalizar, como você vê o processo de municipalização da política de saúde no Brasil, especialmente após a Constituição de 1988, ao atribuir maior responsabilidade aos municípios na gestão das políticas sociais. É favorável ou contrário? Por quais motivos?

5.2. E quanto a diretriz recente do SUS de regionalizar a gestão da saúde, para uma cidade como Santos isso traz mais vantagens ou problemas?

5.3. Avaliando a gestão do Ministro Humberto Costa, o senhor avalia que houve avanços ou retrocessos em relação ao governo Serra? Como avalia a gestão do Ministro Humberto Costa?

Você poderia fornecer alguma referência bibliográfica, ou conhece algum estudo que trate da saúde em Santos durante o governo Beto Mansur?