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

1995

Cadernos CEDEC nº 41 **Amélia Cohn (coord.)**

DESCENTRALIZAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA:
o caso do Município de Botucatu
(1989-1992)

Equipe de Pesquisadores
Amélia Cohn (coordenação)
Paulo Eduardo M. Elias
Marco Akerman

Bolsistas
João Carlos de Queiroga Barreto
Márcia Miranda Soares
Rossana Meirelles Cavallini
Simone Rossi Pugin
Virgínia Baglini Chiaravalloti

Agradecemos o apoio e a colaboração da Administração Municipal, principalmente das Secretarias de Saúde e Educação, na operacionalização das atividades de campo desta pesquisa.

A presente pesquisa contou com o apoio da Fundação Ford.

CADERNOS CEDEC N° 41

COORDENADOR EDITORIAL
Pedro Roberto Jacobi

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

DIRETORIA
Presidente: Amélia Cohn
Vice-Presidente: Pedro Roberto Jacobi
Diretor Tesoureiro: Regis de Castro Andrade
Diretor Secretário: Tullo Vigevani

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

Periodicidade: Irregular

ISSN: 0101-7780

APRESENTAÇÃO

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

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

ÍNDICE

I. A SAÚDE COMO COMPETÊNCIA DAS DISTINTAS ESFERAS DE GOVERNO 8

II. A INFRA-ESTRUTURA URBANA DO MUNICÍPIO: UM PADRÃO RELATIVAMENTE FAVORÁVEL FRENTE À REALIDADE ESTADUAL 25

III. A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO: DO REAL AO IDEAL 29
1. A Rede de Serviços 29
2. O Perfil de Mortalidade 30
3. As Propostas da Administração 31
4. Entre o Real e o Ideal: outras possibilidades para a ação 32

IV. O PERFIL DO GASTO ORÇAMENTÁRIO: O LUGAR DA ÁREA SOCIAL 40
1. Orçamento Geral 40
2. Orçamento da Área Social 42
3. Orçamento da Área de Saúde/Saneamento 43
4. Análise dos Recursos Oriundos das Outras Esferas Administrativas para a Função Saúde/Saneamento 45

V. PENSANDO A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE 51
1. A Relação Executivo/Legislativo 51
2. A Perspectiva dos Distintos Atores 52

VI DESCENTRALIZAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU 74

I. A SAÚDE COMO COMPETÊNCIA DAS DISTINTAS ESFERAS DE GOVERNO

A Constituição de 1988 reconhece pela primeira vez a saúde como um direito social: "são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados" (artigo 6º, Capítulo II - Dos Direitos Sociais).

E pela primeira vez, também, a saúde como um direito social é contemplada no texto constitucional com uma seção a parte no interior do capítulo relativo à seguridade social. Em conseqüência, ela passa a ser entendida como componente do sistema de seguridade social brasileiro.

A seguridade social, por sua vez, compreende um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e assistência social, devendo ser organizada, de acordo com o texto constitucional, pelos seguintes princípios [Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção I - Disposições Gerais]:

I- universalidade da cobertura e do atendimento;

II- uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III- seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV- irredutibilidade do valor dos benefícios;

V- equidade na forma de participação no custeio;

VI- diversidade da base de financiamento;

VII- caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

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

- redução do risco de doença e de outros agravos;

- acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

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

Essas ações e serviços públicos de saúde, ao integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituem um Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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

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

III- participação da comunidade.

Sobre a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, documento do Ministério da Saúde analisa que o texto constitucional reforça para o município a condição de ente federado e se alinha com as mais modernas tendências de organização do Estado, de reconhecimento e revalorização do papel dos governos locais na provisão de serviços públicos essenciais[1].

São de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, segundo a Constituição:

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

[1] Ministério da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. ano 2; nº Especial; julho/93. Brasília: FNS,CENEPI, 1993.

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

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

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

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

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

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

- colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A participação do município na responsabilidade do poder público sobre a saúde é enfatizada pelo texto constitucional, uma vez que este estabelece explicitamente suas competências, inclusive financeira. No artigo 30, VIII, lê-se: "Compete aos Municípios prestar com a cooperação técnica e financeira da União, e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população". E se a base de financiamento do setor está calcada em recursos da seguridade social e orçamentária, fica explícito na Constituição que estes devem provir da União, dos Estados e dos Municípios, além do orçamento próprio do Distrito Federal.

O exposto até o momento dá margem à existência de um consenso em torno do traço descentralizador da atual Constituição, muito embora ele esteja inequivocamente mais presente no caso da distribuição de recursos entre as esferas sub-federadas do que na redistribuição de encargos entre essas esferas[2].

No que diz respeito às **competências** dos Estados e Municípios, ela no geral é bastante genérica: reza a Constituição no seu artigo 30, II, que "é de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências".

---

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

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

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

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

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

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

Especificamente no caso dos serviços de saúde, a questão se torna bastante mais complexa, pois como adverte Vianna, a descentralização "engloba somente a ampla autonomia

de gestão para as unidades públicas produtoras de bens de serviços de saúde. **Pressupõe também a competência local para gerir a rede sanitária em seu território e decidir nesse âmbito quanto ao grau de privatização do sistema, implicando conseqüentemente, no afastamento de agências federais da prestação de serviços de natureza local, entre os quais a assistência médica - qualquer que seja o seu nível de especialização - representa o exemplo mais eloqüente**"[3].

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

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

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

- **normatizar**: padrões de qualidade e parâmetros de custos de assistência e vigilância sanitária à saúde inclusive para a promoção da saúde do trabalhador; as atividades de serviços privados de saúde tendo em vista sua relevância pública; a promoção, proteção e recuperação da saúde através de normas técnico-científicas; padrões éticos para pesquisas, ações e serviços de saúde em articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da Sociedade Civil.

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

---

[3] VIANNA, S., op.cit. pp.03.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

É da competência específica do nível federal:

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

- **normatizar**: o Sistema Único de Saúde de abrangência nacional; acompanhar e analisar as tendências do quadro sanitário nacional; critérios para o controle das condições do meio ambiente e dos ambientes de trabalho; as relações público-privado e as atividades privadas que estejam relacionadas ao SUS; e implementar o Sistema Nacional de Sangue, os padrões éticos de pesquisa, e o registro de processos e produtos.

- **coordenar**: política de saúde do trabalhador; ações de vigilância epidemiológica; no âmbito nacional o Sistema Nacional de Sangue; avaliação técnica e financeira do SUS; coordenar no nível nacional o Sistema de Informações em Saúde.

- **executar**: a análise sobre as tendências do quadro sanitário nacional; a política nacional de produção de insumos e equipamentos para a saúde; a descentralização dos serviços e ações de saúde para as sub-esferas da federação.

- **controlar, avaliar e fiscalizar**: políticas nacionais de produção de insumos e equipamentos para a saúde; procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; as ações e serviços de saúde prestados pelas sub-esferas da federação.

- **cooperar**: técnica e financeiramente com Estados e Municípios e Distrito Federal para o desenvolvimento de suas atividades.

- **articular**: as ações de educação para a saúde; o desenvolvimento científico e tecnológico e de recursos humanos para a área da saúde.

- **estabelecer**: critérios e valores para a remuneração de serviços e parâmetros de cobertura assistencial que deverão ser aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde.

É de competência específica dos Estados:

- **formular e implementar** a política estadual de saúde; **em caráter suplementar**, a política de insumos e equipamentos para a saúde;

- **normatizar**, **em caráter suplementar**, o controle e avaliação das ações e serviços de saúde e estabelecer padrões de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano.

- **coordenar**: ações e serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador, educação para a saúde; a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros.

- **administrar**: os sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; os laboratórios e hemocentros de responsabilidade do âmbito estadual.

- **executar**: a descentralização dos serviços e ações para os municípios; **em caráter supletivo**, ações e serviços de saúde; **em caráter complementar**, ações e serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, alimentação e nutrição, e de saúde do trabalhador; ações de saneamento básico; controle e avaliação das condições dos ambientes de trabalho; **em caráter suplementar**, a política de insumos e equipamentos para a saúde; a identificação de estabelecimentos hospitalares de referência regional e estadual.

- **controlar, avaliar e fiscalizar**: as redes hierarquizadas do SUS; as condições do meio ambiente que tenham influência sobre a saúde humana, bem como os ambientes de trabalho.

- **cooperar**: técnica e financeiramente com os municípios e com a União na execução da vigilância sanitária (de portos, aeroportos e fronteiras).

- **articular**: com os municípios o planejamento, programação e a organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS.

É de competência específica dos Municípios:

- **elaborar, formular e organizar,** as ações e os serviços de saúde.

- **normatizar**, **em caráter complementar**, as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

- **coordenar,** a programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção.

- **administrar,** os serviços públicos de saúde, laboratórios de saúde e hemocentros.

- **executar**: os serviços públicos de saúde; as ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; os serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador; a política de insumos e equipamentos para a saúde no âmbito municipal; a celebração de contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde.

- **controlar, avaliar e fiscalizar**: as ações e os serviços de saúde; as ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; as agressões ao meio ambiente; a execução de contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde; os procedimentos dos serviços privados de saúde.

- **cooperar,** com a União e com os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras.

- **articular,** juntamente com o nível estadual o planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS.

- **formar,**consórcios administrativos intermunicipais.

- **organizar,** distritos de forma a integrar e articular recursos técnicos e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Este conjunto de dispositivos legais oscilam entre o detalhismo e a abrangência, como já apontou Vianna. Nota-se, ademais, a superposição de atribuições dos distintos níveis de poder, cabendo no geral ao nível central formulações e normatizações, e na outra ponta - nível municipal - a execução dos serviços. Aqui, a formulação e normatização acabam estando subordinadas à lógica maior dos critérios e da análise técnica dos programas e projetos (estaduais e municipais) para o repasse de recursos, pelo nível federal, para essas esferas de poder.

Isso, de um lado, subordina a natureza da descentralização à lógica do financiamento (por sua vez vinculada, no nível central, a políticas e ações de ordem macro-econômicas); e de outro, e em conseqüência, na prática acaba por limitar a autonomia do nível local em padrões e parâmetros próprios seja na relação público/privado, seja na própria relação Estado/Sociedade.

Lei Orgânica do Município de Botucatu

Esta Lei, promulgada em 1990, estabelece os seguintes princípios para a **gestão do setor saúde**:

- a garantia da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, conforme as diretrizes federal e estadual, devendo ser assegurada mediante o desenvolvimento de ações e serviços de saúde, qualificados por esta Lei como **preventivo** e **curativo**. Trata-se, no caso deste último termo, de uma especificação exclusiva do texto municipal, sem correspondência com as demais leis superiores.

Consideram-se, ainda, a promoção das seguintes medidas:

- condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, transporte e lazer;

- respeito ao meio ambiente e controle da população ambiental;

- acesso universal e igualitário de todos os habitantes do Município às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, sem qualquer discriminação.

Segundo a Lei Orgânica deste Município, **as funções referentes à regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde podem ser alteradas neste âmbito de atuação em caráter suplementar.** Esta disposição apresenta correspondência com a diretriz federal, em seu artigo 30, inciso IV, quando estabelece de forma genérica aos Municípios a competência para "suplementar a legislação federal e estadual no que couber". Por outro lado, recorrendo à Lei Orgânica da Saúde (8080/90) observa-se outra disposição. Está previsto para os Municípios **a possibilidade de alterar a legislação no que diz respeito à função de normatizar as ações e serviços de saúde, considerando o seu caráter complementar** (Lei Orgânica da Saúde, art.18, inciso XII).

Nesse sentido, duas observações são válidas. De um lado, a Lei 8080/90 faz menção somente à **função de normatizar ou regular as ações e serviços de saúde**, sendo exclusivo do texto municipal a disposição que prevê a revisão das **funções de fiscalização e controle** do conjunto das ações em saúde. De outro lado, o caráter atribuído a esta revisão pela Lei Orgânica da Saúde (8080/90), como sendo **complementar**, difere daquele estabelecido pela Lei

Municipal de Botucatu, como de **caráter suplementar** (Lei Orgânica do Município de Botucatu, art. 185, parágrafo 2º). A esse respeito, portanto, ressaltam as disparidades entre as legislações aqui apontadas, concorrendo para a indeterminação da real competência de cada esfera de governo frente ao Sistema de Saúde[4].

A **normatização e controle sobre as ações e serviços de saúde** estão sob a responsabilidade do Poder Público Municipal, bem como sua **execução**, de forma preferencial, e complementarmente através dos serviços de terceiros. Uma vez recorrendo a leis superiores, verifica-se certa incompatibilidade nas disposições a esse respeito. A Lei Orgânica da Saúde (8080/90) prevê enquanto competência da esfera municipal, além daquelas funções mencionadas pela Lei Orgânica de Botucatu, **o planejamento, organização, avaliação e gerência das ações e serviços de saúde**.

Vale lembrar que o **controle, avaliação e fiscalização sobre as ações e serviços de saúde** são atribuições especificadas na Lei 8080/90, e abrangem **dois campos de atuação**: de um lado, enquanto atribuição específica do Município; de outro, de forma concorrente entre os entes da federação, especificando, ainda, a obrigatoriedade, por parte de cada esfera de governo, de definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização.

A Lei Orgânica de Botucatu estabelece uma **articulação do Município com a Secretaria de Estado da Saúde**, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde (8080/90). Pelo texto municipal esta articulação também está prevista com os demais municípios. Em contrapartida, a Constituição Federal dispõe de outra forma sobre a relação entre os entes federados. Ao invés de uma articulação, a prestação de serviços de atendimento à saúde deve ser exercida pelos Municípios **com cooperação técnica e financeira da União e Estados**.

As responsabilidades do Município para com o **Plano Municipal de Saúde**, dispostas na Lei Orgânica de Botucatu, compreendem a sua elaboração e atualização. De forma concorrente, a Lei Orgânica da Saúde (8080/90) prevê, além das responsabilidades apontadas, a sua implementação pelos órgãos responsáveis em cada esfera de governo, e como se verifica, esta atribuição não está especificada na Lei Municipal de Botucatu.

Está previsto o desenvolvimento de uma série de ações voltadas para diferentes setores e que podem ser compreendidas enquanto **Programação em Saúde**. São elas:

[4] Interessante notar que o mesmo ocorre na Lei Orgânica do Município de Santo André, em seu artigo 222.

- as disposições referentes ao **saneamento básico** estão presentes em dois momentos na Lei Orgânica de Botucatu. Em seu artigo 185, parágrafo 3º, estabelece a forma pela qual o município poderá desenvolver as ações nesta área, ou seja, **com assistência eventual da União ou do Estado**. Já as responsabilidades da esfera municipal são apontadas no artigo 187, inciso VIII, quando ficam estabelecidos **o planejamento e a execução das ações tanto para o saneamento básico como para as ações correspondentes ao meio ambiente**. Por outro lado, a Lei Orgânica da Saúde (8080/90) estabelece para a esfera municipal duas formas de atuação neste setor. A primeira compreende uma **atuação de forma concorrente entre municípios, estados, Distrito Federal e União** para a elaboração e implementação da política de saneamento básico, assim como a execução das ações relativas. (art.15,inciso VII). Num segundo momento, trata-se de uma atribuição específica do Município, a este cabendo a execução do serviço de saneamento básico.

Existe ainda certa discordância sobre a forma prevista para o desenvolvimento dessas ações. De um lado, a Lei Municipal estabelece a possibilidade de uma **assistência eventual da União e do Estado para com o Município**. De outro, a Lei Orgânica da Saúde (8080/90) prevê um **trabalho em conjunto com outros órgãos governamentais**, mas não especifica quais os parâmetros desta relação.

- **ações de controle das condições e dos ambientes de trabalho e dos problemas de saúde a eles relacionados**. Este conjunto de ações está sob o **planejamento, a fiscalização e execução** da Coordenadoria de Saúde. Recorrendo à Lei Orgânica da Saúde (8080/90), as determinações a esse respeito estão ampliadas, considerando as atribuições específicas dos Municípios, uma vez que estão previstos ainda o **controle e avaliação dessas ações em conjunto com outros órgãos governamentais** (Art.18-III).

- **ações e serviços de saúde e de promoção nutricional**, de abrangência municipal e intermunicipal, devendo ficar sob a administração e execução da Coordenadoria de Saúde.

- **ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de saúde do trabalhador** ficando seu planejamento e execução a cargo do Município. Sobre essas ações, a Lei Orgânica da Saúde (8080/90) prevê, enquanto atribuição específica do Município, somente sua execução, devendo também cooperar com a União e com os estados quanto à execução da vigilância sanitária em

portos, aeroportos e fronteiras - disposição que não consta do texto municipal, por não ser este o caso.

- a análise e aprovação de **projetos de construção de locais de trabalho**, bem como autorização para o seu funcionamento e ampliação, também são atribuições do nível municipal. Esta disposição apresenta certa correlação com as diretrizes presentes no texto estadual, já que este estabelece dispositivos que buscam assegurar a saúde do trabalhador no processo produtivo com a adoção de medidas preventivas e o reconhecimento de fontes de riscos no ambiente de trabalho.

Relacionado, ainda, à Programação em Saúde vale elencar algumas disposições estabelecidas pela Lei Orgânica 8080/90 para a esfera municipal, e que não constam da Lei Orgânica Municipal de Botucatu. São elas:

- de forma concorrente entre os entes da federação, tem-se: a elaboração, implementação, coordenação e organização de programas e projetos estratégicos e atendimento emergencial;

- enquanto atribuição específica do município, a administração dos serviços públicos de saúde, laboratórios de saúde e hemocentros, e a execução da política de insumos e equipamentos para a saúde.

A Lei Orgânica do Município de Botucatu prevê ainda a **celebração de consórcios intermunicipais para a formação de sistemas de saúde** e, também, a organização de **distritos sanitários** com alocação de recursos técnicos e práticos de saúde adequada à realidade epidemiológica local.

As disposições relativas a **Recursos Humanos** também estão asseguradas pelo texto municipal, estando prevista a instituição de planos de carreira aos profissionais de saúde. Vale lembrar que este tema se apresenta de forma diversa nas constituições Federal e Estadual e na Lei Orgânica da Saúde (8080/90). De um lado, o texto federal -1988- estabelece enquanto competência do SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Já o texto estadual-1989- é mais detalhista a respeito, prevendo não só a adoção de uma política neste campo, mas a capacitação, formação e valorização de profissionais na área da saúde e sua adequação às necessidades do Estado.

A Lei 8080/90, como afirma Vianna[5], tornou imprecisas as disposições especificadas no texto federal, uma vez que estabelece aos entes federados "a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde."(art.15;IX).

O tema sempre polêmico da dupla militância profissional, no setor privado e público, para cargos diretivos tem sua proibição estabelecida pelos textos estadual e municipal.

O tema **controle público/participação** pode ser identificado no texto municipal através das seguintes disposições:

- é garantido aos usuários e suas entidades representativas o acesso ao conjunto das informações referentes às atividades desenvolvidas pelo sistema, assim como sobre os agravos individuais ou coletivos identificados, respeitados os preceitos éticos cabíveis.

- estabelece a criação do **Conselho Municipal de Saúde**, devendo convocar a **Conferência Municipal de Saúde**, respeitando as disposições superiores.

Sobre o Conselho, já regulamentado em lei, caracteriza-se enquanto órgão colegiado superior, com funcionamento permanente, responsável pelo Sistema Único de Saúde no âmbito deste Município. Apresenta caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo. Tem como objetivos estabelecer, acompanhar, controlar e avaliar a política municipal de saúde e efetivar a participação da comunidade na gestão do sistema.

Integram este Conselho representantes da Administração Pública; representantes dos prestadores de serviços: trabalhadores em saúde e entidades de apoio e fiscalização profissional; representantes de instituições de ensino e de usuários (Lei Complementar nº 024/91). Vale lembrar que as diretrizes que norteiam este Conselho estão de acordo com a legislação superior.

Sem referência na Lei Orgânica Municipal, contudo regulamentada pela Lei Complementar nº 3.263/93, é a criação dos Conselhos de Unidades de Saúde. Trata-se de um mecanismo a ser implantado em cada um dos serviços de saúde integrantes do Sistema de Saúde, com a participação de representantes da direção da instituição dos trabalhadores de saúde e dos usuários do serviço.

[5] VIANNA, S., op. cit., pp. 07

No que diz respeito ao **financiamento** do setor saúde, o **orçamento municipal de saúde** deve ser elaborado e atualizado seguindo prioridades e estratégias municipais, considerando as diretrizes do Conselho Municipal de Saúde e do nível estadual. A Constituição Federal não traz qualquer disposição a esse respeito. Já o texto estadual faz referência, em seu âmbito, aos planos de saúde e de alimentação e nutrição, e também considera prioridades e estratégias regionais para a sua elaboração.

O **Fundo Municipal de Saúde**, constituído pelo conjunto dos recursos destinados às ações e serviços de saúde no Município, deve ser administrado pelo órgão responsável no âmbito municipal, no caso de Botucatu a Coordenadoria de Saúde. Vale lembrar que está assegurada pela Lei Orgânica Municipal a destinação de, no mínimo, 1% (um por cento) do total do Fundo Municipal de Saúde para a formação de recursos humanos. Esta disposição é exclusiva deste texto, não tendo correspondência com os demais.

Outra disposição exclusiva da Lei Orgânica de Botucatu diz respeito ao montante da participação do Tesouro Municipal no setor saúde, como sendo de no mínimo 10% (dez por cento). Vale lembrar que o Roteiro para Elaboração das Leis Orgânicas Municipais, elaborado pela Fundação Prefeito Faria Lima (CEPAM), em 1990, com o intuito de apresentar sugestões para a elaboração do capítulo referente à saúde, conta com a mesma especificação[6].

Por fim, seguindo as diretrizes superiores, é vedada a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenções a instituições privadas com fins lucrativos.

A relação **setor público/setor privado** está regulada no âmbito municipal, considerando as seguintes disposições: está prevista a complementação das normas referentes à participação do setor privado no Sistema de Saúde, bem como a celebração de convênios e contratos com serviços privados e de abrangência municipal. Estabelece, também, que as relações entre a iniciativa privada e o Sistema de Saúde têm caráter complementar, em conformidade com o texto federal. Vale mencionar que a Constituição do Estado não traz essa especificação em seu texto[7].

---

[6] MONTEIRO, Yara Police, Coord. Roteiro para Elaboração das Leis Orgânicas Municipais. São Paulo, FPFL - CEPAM, 1990, pp.95.

[7] **Constituição Federal** - 1988, artigos 197 e 199; **Constituição do Estado de São Paulo** - 1989, artigo 220; e **Lei Orgânica do Município de Botucatu** - 1990, artigo 186.

As responsabilidades pela execução do conjunto de ações e serviços de saúde fica a cargo da Coordenadoria de Saúde, considerando ainda que os serviços prestados por terceiros têm caráter complementar, como reza a Constituição Federal.

Quanto à gratuidade dos serviços prestados pelo Poder Público, ela tem correspondência com a Constituição Estadual e Lei Orgânica da Saúde (8080/90), não apresentando o texto federal qualquer disposição a respeito.

A **Lei Orgânica do Município de Botucatu** apresenta algumas peculiaridades em relação aos demais instrumentos legais seja dos níveis estadual e federal, seja em relação as suas similares.

Uma delas consiste na definição explícita de um percentual mínimo de gasto do orçamento municipal no setor. Questão controversa, crescentemente vem sendo objeto de consenso a necessidade de um vínculo do financiamento da saúde com recursos fiscais das três esferas de governo.

Outra delas diz respeito à referência explícita aos consórcios municipais, sobretudo da parte de um município que dispõe de infra-estrutura hospitalar de certo porte.

A terceira diz respeito à explicitação das ações de controle das condições e dos ambientes de trabalho, bem como ao fato de as distintas ações e competências de atenção à saúde estarem norteadas por um conjunto **planejado** de ações, chamando a atenção a ênfase sobre o planejamento.

O Município de Botucatu destaca-se com relação à regulamentação, através de lei complementar, dos mecanismos de controle público: o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos de Unidades de Saúde.

Contrasta, no entanto, com esses tópicos a pouca clareza com relação a não normatização dos contratos e convênios com o setor privado.

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

A cobertura pelos serviços de infra-estrutura urbana é bastante razoável, em que pese a inexistência de dados detalhados, sistematizados e acessíveis sobre estes serviços. No entanto, tomando-se por base as informações do Censo 1991 para o Estado de S. Paulo - abrangendo o universo dos domicílios permanentes - verifica-se que a situação da infra-estrutura urbana em Botucatu é bastante satisfatória em termos de cobertura, superando, em alguns aspectos, a verificada para o conjunto dos municípios paulistas, que por sua vez é muito superior a da média do País. O município de Botucatu conta com 23.643 domicílios permanentes com média de 3.7 pessoas por domicílio, sendo que 24.6% deles possuem até 4 cômodos e 40.7% do total de domicílios têm de 6 a 9 cômodos (Cf. Tabela 2). Do total dos domicílios apenas 6% situam-se na área rural.

Em relação à cobertura dos serviços de saneamento, 97% do total de domicílios possuem água canalizada interna, sendo 91% ligados à rede geral (água tratada); 98.5% possuem algum tipo de instalação sanitária, sendo que 81.5% deles são ligados à rede geral de esgoto; e 87.5% do total de domicílios dispõem de serviço de coleta de lixo (Cf. Tabelas 3, 4 e 5). As mesmas estatísticas para o Estado de S. Paulo apresentam 96% dos domicílios com canalização interna de água, sendo 90% ligados à rede geral; 98.5% com algum tipo de instalação sanitária, sendo 76% ligados à rede de esgoto; e 91% abrangidos pelo serviço de coleta de lixo (Cf. Tabelas 2, 3 e 5). Do total de domicílios no Estado, 34.5% possuem até 4 cômodos (Cf Tabela 4).

As estatísticas disponíveis para iluminação pública e pavimentação referem-se apenas à população de baixa renda (segundo informações prestadas pela administração municipal e apresentadas na publicação "Perfil Habitacional Municipal" da Secretaria da Habitação do Governo do Estado de S. Paulo), e apresentam um percentual de cobertura de 95% para iluminação pública, e de apenas 35% para pavimentação de ruas.

Em relação à infra-estrutura urbana, o município de Botucatu situa-se na condição em que a demanda por tais serviços é relativamente pequena, à exceção da pavimentação de ruas dos locais de habitação da população de baixa renda, para o que não se dispõem de estimativas precisas. Esse padrão apresentado para a infra-estrutura urbana certamente contribui para aliviar as disponibilidades orçamentárias, liberando os gastos para outros setores.

Se do ponto de vista da igualdade pode-se considerar como razoável a infra-estrutura urbana, o mesmo não ocorre quando se considera o ponto de vista da eqüidade. Assim, 638 domicílios permanentes (2.7% do total) não possuem água canalizada interna; 299 (1,2%) deles não dispõem de nenhum tipo de instalação sanitária; e 12.5% do total dos domicílios não são servidos pela coleta de lixo (Cf. Tabelas 3 e 4). Acrescem-se a isto a demanda declarada pela Prefeitura da necessidade de serem construídas 4.060 novas moradias.

Estes últimos dados, quando relacionados a padrões de eqüidade, apontam para a necessidade de um certo esforço da administração municipal para minorar os padrões de desigualdade. Apesar da legislação vigente no País não precisar com clareza as competências dos diversos níveis da administração em relação aos investimentos nas áreas de infra-estrutura urbana e de políticas sociais, a análise do orçamento geral do município permite supor um esforço da administração em atacar o problema habitacional. Os gastos da área social com a função Habitação/Urbanismo ocupam o primeiro lugar no período estudado, praticamente acompanhando o crescimento orçamentário real de 84.7%, ainda que a tradição vigente no nível municipal, sobretudo em relação aos investimentos em saneamento e habitação, é a da dependência, em grande medida, de recursos das esferas de governo estadual e federal.

TABELA 1
Distribuição de Domicílios particulares permanentes e pessoas moradoras no município de Botucatu segundo situação do domicílio

Total	**Urbano**	**Rural**	**média de moradores por domicílio**	**Urbano**	**Rural**	**Total**
23.643	(22.209)	(1.434)		(84.239)	(5.895)	(90.134)
100%	93,93%	6%	3,79	93,45%	6,55%	100%

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

TABELA 2
Domicílios particulares permanentes por nº de cômodos no município de Botucatu

Domicílio	**Total**	**%**
- Até 2	1.013	4,28%
- 3 e 4	4.815	20,36%
- 5	6.196	26.20%
- 6 a 9	9.623	40,70%
- 10 ou +	1.996	8,44%

	23.643	100%

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

TABELA 3
Percentual de coleta do lixo por domicílios particulares permanentes no município de Botucatu

Coleta de lixo	Total	%
Coletado	20.673	87,43
Não Coletado	2.970	12,56
Total	23.643	100

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

TABELA 4
Abastecimento de água por domicílios particulares permanentes no município de Botucatu

Abast. de água	Total Dom.	%
Água Canalizada Interna	23.005	97,30%
Rede Geral	21.580	91,27%
Outras formas (poço, nascente, etc.)	852	3,60%
s/água canalizada interna	638	2,69%

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

TABELA 5
Instalação Sanitária por domicílios particulares permanentes no município de Botucatu

Instalação Sanitária	Total Dom.	%
Com algum tipo de instal. sanit.	23.332	98,68%
Rede Geral	19.281	81,55%
Vala	76	0,32%
s/instalação sanitária	299	1,26%
Não sabe	12	0,05%

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

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

1. A Rede de Serviços

O município é relativamente bem provido de equipamentos de saúde, seja em termos quantitativos ou qualitativos. A rede instalada totaliza 21 estabelecimentos de saúde, sendo 4 hospitais. O município dispõe de 6.7 leitos por 1.000 habitantes, parte deles utilizados para tratamento em várias especialidades, sendo que a Organização Mundial da Saúde preconiza como referência a disponibilidade de 4.5 leitos gerais por 1.000 habitantes.

A rede hospitalar da cidade dispõe de 904 leitos distribuídos em 3 hospitais gerais (2 privados e 1 público estadual) e 1 especializado (público estadual) que é o Hospital de Clínicas da Universidade Estadual Paulista, instituição de ensino e pesquisa de alta complexidade tecnológica e usado como referência, não apenas regional mas interestadual, já que atende demanda da região norte do Estado do Paraná.

Os leitos especializados somam 316, correspondendo a cerca de 35% do total, e são controlados pelo setor público. No entanto, cabe lembrar que por pertecerem à instituição universitária, não são passíveis de interferência do poder municipal.

Dos 588 leitos gerais (65% do total), 45% são controlados pelo setor privado não lucrativo (hospitais filantrópicos) e 55% pelo setor público estadual.

Em resumo, o setor público, através da universidade, controla cerca de 71% dos leitos instalados no município. Não obstante, chama atenção o fato de a administração local não ter nenhum tipo de controle sobre os leitos ali disponíveis. Dos 640 leitos vinculados à Universidade, 50% correspondem a leitos gerais de uso preferencial dos munícipes, enquanto que a outra metade é também utilizada no atendimento à demanda regional.

A ausência de qualquer tipo de controle da administração local sobre a utilização dos leitos é agravada pela ausência de canais formais de integração político-administrativa entre a Universidade e o Governo Municipal, cada qual atuando em função de lógicas e necessidades próprias, certamente resultando em perdas na eficácia social do sistema de saúde.

Este tipo de desarticulação político-administrativa entre diferentes instâncias do setor público contribui para criar situações propícias à prática de um duplo comando na área da saúde, contrariando desta forma o espírito que preside a regulamentação do Sistema Único de

Saúde. O caso de Botucatu realça alguns dos problemas presentes no processo de descentralização da saúde: os conflitos de definição de competência de cada esfera de governo e aqueles decorrentes do poder de controle sobre equipamentos assistenciais estratégicos, como os de maior complexidade tecnológica. Ademais, a situação verificada em Botucatu assume particular importância ao colocar em questão as relações do Sistema Único de Saúde com certos tipos de instituições que, dadas suas finalidades sociais, demandam certas prerrogativas político-administrativas, tais como a da autonomia, no caso das universidades. Acresce-se a isto o fato de que estas relações encontram-se insuficientemente precisadas na legislação vigente referente ao SUS.

A rede ambulatorial conta com 18 estabelecimentos, 15 voltados para o atendimento geral nas áreas médicas básicas (clínica médica e cirúrgica, obstetrícia e pediatria) e apenas 3 voltados exclusivamente para o atendimento especializado. Agrega-se a esta rede o serviço ambulatorial especializado que funciona junto ao Hospital de Clínicas da UNESP.

Apesar de não se dispor de informações sobre a vinculação de todos estes estabelecimentos - se públicos ou privados - sabe-se que pelo menos 9 deles são Postos ou Centros de Saúde pertencentes à rede pública municipal.

De modo genérico o município de Botucatu conta com uma estrutura física de serviços bastante diferenciada em comparação à media dos demais municípios paulistas, sobretudo pela presença do Hospital de Clínicas da UNESP, que o capacita a ofertar uma cobertura assistencial básica e também de alta complexidade à população residente, bem como a servir de referência regional.

2. O Perfil de Mortalidade

No período estudado a mortalidade geral situa-se em torno de 6.9 (1989) e 6.5 (1992) por 1.000 habitantes. Neste período, compõem as quatro principais causas de mortalidade, segundo a Classificação Internacional de Doenças, as doenças do aparelho circulatório, os neoplasmas, as doenças do aparelho respiratório, e as causas externas. Estes agravos são responsáveis por 74% dos óbitos ocorridos no município em 1989, e 66.6% dos ocorridos em 1992.

Dentre essas causas destacam-se as doenças do aparelho circulatório como a principal causa isolada de mortalidade. Para o ano de 1989, estes agravos representam 40.2% do total de

óbitos, apresentando, na faixa etária dos 45 aos 64 anos, a taxa de 4.7 óbitos por 1.000, taxa esta que passa a 12.4 por 1.000, ao considerar-se a faixa etária de 65 e mais anos.

Em 1992, as doenças do aparelho circulatório correspondem a 31.5% do total de óbitos, sendo 2.8 por 1.000 na faixa etária de 45 a 64 anos, e 22.4 por 1.000 na faixa etária de 65 e mais anos.

Na faixa etária de zero a 4 anos, a principal causa de óbito é composta pelas afecções peri-natais, correspondendo a taxas de 2.3 e 1.7 por 1.000, respectivamente em 1989 e 1992. Seguem-se-lhes as doenças do aparelho respiratório, com taxas de 4.7 e 2.3 óbitos por 10.000, respectivamente em 1989 e 1992.

Dentre as três causas de óbitos selecionadas para os 4 municípios (homicídios; acidentes de veículos a motor; demais acidentes), destacam-se os acidentes de veículos a motor com percentuais de 3.2% (1989) e 2.9% (1992) do total de óbitos, manifestando-se de modo mais acentuado na faixa etária dos 15 aos 44 anos, com taxas de 3.5 e 3.0 por 10.000, respectivamente, em 1989 e 1992. Seguem-se-lhes, em 1989 os demais acidentes responsáveis por 2.5 % do total de óbitos, e em 1992 os homicídios correspondendo a 2.7% dos óbitos.

3. As Propostas da Administração

A Coordenadoria de Saúde de Botucatu tomou a municipalização e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) como proposta desta gestão para a saúde, buscando a concretização dos seus princípios de universalidade, eqüidade e integralidade, bem como os aspectos relativos à sua organização: regionalização, hierarquização, descentralização e participação (controle) social.

As prioridades para a construção do modelo institucional do Sistema Único de Saúde foram as seguintes:

- Extensão da rede física, principalmente da Rede Básica de Saúde e da Rede de Emergência

- Integração dos serviços de níveis de atenção primária, secundária e terciária, através de ações conjuntas para a efetivação de um sistema de referência e contra-referência.

- Aprimoramento das ações de saúde coletiva como a Vigilância Epidemiológica e implantação de ações de Vigilância Sanitária, controle do meio ambiente e ambiente de trabalho.

- Ampliação do acesso à saúde.

- Aumento da cobertura assistencial.

- Ações de divulgação em saúde, com ênfase na informação e conscientização da população.

- Política de recursos humanos (desenvolvimento e capacitação).

- Criação e ampliação de mecanismos de participação social.

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

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

Este tópico, à semelhança de material já publicado no Cadernos CEDEC nº 38 para o município de Itú, analisa a coerência e a compatibilização das ações e programas desenvolvidos no Município de Botucatu entre 1989-1992 com um modelo teórico de atenção a saúde. Esse modelo aponta, a partir dos dados de mortalidade registrados em 1989, quais seriam os principais problemas de saúde no município, e sugere ações para o seu enfrentamento. Enfoca, portanto, a capacidade do município de elaborar programas e executar ações a partir de um diagnóstico técnico dos problemas locais.

Esta capacidade do município de elaborar programas e executar ações foi verificada a partir de três documentos obtidos na fase de trabalho de campo: (1) Estudo de Caso da Municipalização em Botucatu; (2) Relatório de Atividades 1990 elaborado pela Coordenadoria Municipal de Saúde de Botucatu e (3) Plano Diretor de Saúde 1992, elaborado pela Prefeitura Municipal, pelo Centro de Saúde-Escola da UNESP e pelo Escritório Regional da Saúde de Botucatu.

Os dados de mortalidade foram obtidos na Fundação SEADE, órgão do governo do Estado de São Paulo, e permitem analisar a magnitude relativa das principais causas de óbito em 1989 e o risco de morrer para cada grupo de idade em relação a grupos de causas relevantes. As principais causas de óbito para cada grupo etário formam a base para o diagnóstico técnico e a determinação dos principais problemas locais que formam o arcabouço do modelo teórico [8].

Formulação do modelo teórico de intervenção

Inicialmente, faz-se necessário um alerta. O modelo que aqui será delineado apresentará caráter eminentemente técnico, buscando na epidemiologia, através da caracterização do perfil da mortalidade, o seu referencial. Não se pretende completo, entendendo portanto que não contempla diagnóstico, necessidades e demandas percebidas pela população local.

Em 1989, Botucatu apresentou o seguinte perfil de mortalidade, visto agora de forma mais detalhada:

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

Os grupos etários 45-64 e 65+ são os que apresentam o maior risco de morrer por doenças do aparelho circulatório (47/10.000 e 124/10.000 respectivamente); as causas externas atingem mais o adulto jovem (15-44 anos, 10/10.000), enquanto as crianças (0-4 anos) e os mais idosos (55+) são os mais vulneráveis às doenças respiratórias (4.7/10.000 e 10/10.000, respectivamente).

Enquanto em Itu as afecções perinatais representaram 7% dos óbitos totais do período, em Botucatu observa-se que essas afecções contribuíram com apenas 3.3% dos óbitos totais, indicando talvez melhor qualidade na assistência ao parto neste município do que em Itu.

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

[8] Um diagnóstico local deve-se valer também dos dados de morbidade. Entretanto o acesso de forma completa a esses dados é dificutado pela falta de mecanismos de compilação que compreendam serviços públicos, privados e filantrópicos.

Segundo documentos obtidos localmente, observou-se no período 1982-1990 sensível melhora no perfil de mortalidade da população em geral, com queda da mortalidade geral (8.9/1000 em 1982 e 6.9/1000 em 1990) e infantil (44/1000 em 1982 e 20/1000 em 1990). Apesar da redução observada no período, as mortes infantis causadas por afecções perinatais, pneumonias e enterites ainda preocupam as autoridades municipais, segundo expresso nos documentos consultados.Vale a pena comentar que a comparação de taxas de mortalidade por causas respiratórias para dois grupos etários entre Itú e Botucatu apresentam o primeiro município com maiores riscos de morrer para esse grupo de causa. Os idosos (55+) apresentam em Itú risco três vezes maior de morrer do que em Botucatu (32/10.000 e 10/10.000, respectivamente), e as crianças (0-4) em Itú possuem o dobro do risco de morrer que as crianças em Botucatu (9.3/10.000 e 4.7/10.000, respectivamente).

De posse desses dados, que inferência de problemas poderia ser feita, pela equipe de saúde de Botucatu que inicia sua gestão em 1989?

Poder-se-ia apontar 3 problemas básicos:

1. As cardiopatias e as neoplasias indicando envelhecimento da população;

2. Vulnerabilidade do adulto jovem indicada pelas mortes prematuras por violência;

3. As mortes por doenças infecto-parasitárias, respiratórias e afecções perinatais, além de demonstrarem resquícios de precárias condições de vida, seriam indícios de precariedades na prática médica assistencial.

O seguinte trecho do Plano Diretor de Saúde respalda a caracterização desses problemas: "As principais causas de óbitos gerais são compatíveis com o desenvolvimento econômico-social e a urbanização do município, com maior exposição ao stress, à poluição ambiental, às dificuldades do meio de transporte e à maior sobrevida". Esse trecho atesta o reconhecimento por parte da autoridade municipal da emergência e a magnitude das doenças crônicas e das mortes causadas por situações de violência. Entretanto, o executivo municipal parece reduzir o seu campo de ação quando declara que "tanto a mortalidade infantil, como a geral, apontam para a necessidade de adequação e melhoria de qualidade da assistência materno-infantil e hospitalar".

Qualquer ideário de governo que não entenda o enfrentamento dos problemas de saúde-doença dentro de uma estratégia inter-setorial estaria falhando, uma vez que o arsenal disponível

no âmbito do setor médico-assistencial seria insuficiente para o equacionamento desses problemas. Portanto, espera-se que os programas de saúde do município de Botucatu contemplem a interface de suas ações com outros setores e departamentos da administração municipal.

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

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

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

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

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

5. Ações gerenciais nos serviços de saúde que tivessem como critério a "inadimissibilidade" de óbitos por determinadas doenças, como diarréias, pneumonias e mortes por complicações do parto, criando alertas para a identificação de gargalos institucionais, e posterior investigação dos problemas detectados[9].

Ações e programas desenvolvidos pelo município de Botucatu no período 1989-1992

Os documentos sobre as ações propostas e atividades desenvolvidas pela Coordenadoria Municipal de Botucatu no período 1989-1992, aos quais se teve acesso, enfocam primordialmente a assistência médico-odontológica ambulatorial sob a sua gestão e controle direto; o desenvolvimento de programas de saúde e vigilância sanitária; a capacitação de recursos humanos e a gestão de recursos físicos e materiais. O Plano Diretor de Saúde de 1992 caracteriza ainda a

assistência hospitalar sob gestão de outras intituições, que não o poder municipal, como parte integrante do sistema local de saúde, mas aponta deficiências no sistema de referência e contra-referência entre as unidades hospitalares e os serviços ambulatoriais sob gestão municipal.

A infra-estrutura da assistência médico-odontológica é composta pelos seguintes serviços: (1) a rede básica e de especialidades médicas com 9 unidades públicas, (2) os serviços auxiliares de diagnose e terapia com 1 laboratório público e rede de serviços contratados, (3) a rede hospitalar conveniada com o SUS composta por 2 hospitais gerais privados não lucrativos, 1 Hospital Universitário, e 1 Hospital Psiquiátrico público pronto atendimento municipal, (4) 22 Unidades Odontológicas.

Os principais programas de saúde são: (1) saúde bucal, (2) saúde escolar, (3) saúde mental, (4) saúde da mulher (5) saúde da criança, (6) saúde do adulto, (7) controle do aedes aegypti e aedes albopictus, (8) vigilância sanitária, (9) vigilância epidemiológica, além dos já tradicionais (10) programas de hanseníase e tuberculose.

Vale ressaltar que embora o projeto de Lei Orgânica do Municipio de Botucatu, apresentado em junho de 1990, destaque no capítulo referente à saúde a regulamentação do programa de saúde do trabalhador, não há registros nos documentos de atividades desenvolvidas com relação a esse programa.

As propostas relativas à assistência médico-odontológica visam a "oferta de serviços de profissionais de nível médio e universitário, médico e não médico, nos níveis primário e secundário de complexidade que promovam, protejam e recuperem a saúde dos indivíduos e da coletividade". Essa tentativa de superar o modelo tradicional de atendimento básico não encontra contrapartida nas ações programáticas que ainda enfocam basicamente ações de controle (as vigilâncias) e educação para a saúde, com vistas à prevenção.

Vale assinalar que o Município de Botucatu não possui sob o seu controle e gestão unidades hospitalares, que se encontram sob gestão federal, estadual ou privada, e que as ações programáticas refletem em muito a estrutura organizacional dos programas nos níveis federal e estadual, caracterizando a verticalidade das ações municipais.

---

[9] Esse tipo de estratégia é denominada pela literatura especializada como ação através de "eventos sentinelas". Consultar Kessner et al (1973). "Assessing health quality - The case for tracers", *The New England Journal of Medicin*e 288(4):189-194.

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

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

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

O Projeto de participação no PROGRAMA UNI[10] dá um passo importante na tentativa de transpor os limites da ação exclusiva do setor saúde ao fazer um levantamento dos principais atores institucionais que atuam no município de Botucatu. Esse levantamento identificou 48 organizações atuantes na cidade, a saber, 10 Entidades Sociais, 27 Associações de Moradores, 10 Sindicatos e 1 Comissão de Saúde. Se essa iniciativa visou conhecer e estimular a participação social em saúde no município, não há registro de tentativas de identificar no âmbito do executivo municipal Departamentos que possam também colaborar e atuar em ações de saúde de forma mais ampla, uma vez que as instituições acima identificadas possuem apenas papel assistencial.

Quanto às ações relativas ao processo de envelhecimento da população de Botucatu, demonstradas pelas estatísticas de mortalidade e pelos documentos produzidos localmente, observa-se uma tentativa de enfrentamento do problema no âmbito da prática assistencial a partir da diversificação das especialidades no Ambulatório Regional e no Centro de Saúde Escola. No entanto, observa-se que as Unidades de Saúde sob gestão municipal vêm agregando apenas especialidades básicas como ginecologistas e pediatras, criando lacunas no seu enfrentamento aos problemas crônicos existentes no município**.**

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

[10] Elaborado em conjunto pela Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Prefeitura Municipal de Saúde e União das Sociedades Amigos de Bairro de Botucatu.

Quanto à conformação de um serviço de urgência que faça frente aos problemas decorrentes dos agravos ocasionados pela violência, o Plano Diretor da Saúde de 1992 menciona que "a população aponta como sendo um dos principais problemas da assistência médica em Botucatu o atendimento de urgência/emergência". As unidades básicas de saúde realizam pronto-atendimento de casos não agendados, mas não se encontram aparelhadas para atender agravos traumatológicos mais sérios, e os serviços de pronto-socorro dos hospitais gerais não atendem a necessidade da população. Diante de tal situação, a I Conferência Municipal de Saúde, realizada em setembro de 1991, deliberou a criação de um novo pronto-socorro para a cidade. O Plano Diretor, no entanto, não deixa claro a quem caberia a gestão desse novo pronto-socorro.

A identificação dos gargalos institucionais, através da vigilância de óbitos tidos como inadmissíveis, os "eventos sentinelas", como por exemplo as mortes causadas por diarréias, pneumonias, e mortes causadas por complicações decorrentes do parto, exigiriam uma atitude ativa de rastreamento desses óbitos, e a recuperação do trajeto institucional de cada ocorrência. Os documentos de propostas do executivo municipal consultados não contemplam tal estratégia. Talvez isso se deva ao fato de que o executivo municipal não tenha, sob seu controle e gestão, nenhuma unidade hospitalar. Por exemplo, identificar e intervir em óbitos causados por complicações decorrentes do parto, pressuporia o controle e/ou a gestão de maternidades por parte da administração municipal, ou da sua competência definida por lei em fiscalizar, controlar e avaliar maternidades privadas, o que não é o caso.

Conclusão

A consulta aos documentos produzidos localmente, à luz do modelo técnico anteriormente delineado, permite observar a utilização de dados existentes de mortalidade com fins diagnósticos, assim como foi sugerido pelo nosso modelo teórico. Há inclusive análises mais elaboradas através da curva de razão de mortalidade proporcional de Nelson Moraes que mostra com clareza o envelhecimento da população entre 1982 e 1990. Em outras palavras, há no município de Botucatu uma capacidade operacional competente em termos de diagnóstico de problemas prioritários a serem enfrentados.

Entretanto, as ações programáticas propostas parecem não guardar coerência com o perfil da mortalidade que foi estabelecido na fase diagnóstica.

Esta dissonância entre diagnóstico e ação poderia estar refletindo características do processo de descentralização em curso. O executivo municipal teria capacidade de diagnóstico local, mas teria à sua disposição para o enfrentamento de problemas apenas propostas e programas anteriormente definidos nos níveis federal e estadual de governo, conseqüentemente com reduzida eficácia na intervenção.

Mais ainda, como delineado pelo modelo teórico, o município deveria exercer um papel na definição de um *mix* tecnológico de intervenção além de ações na esfera hospitalar da atenção. Entretanto, haveria limitações no cumprimento dessa tarefa, pois não há tradição por parte do executivo municipal em desempenhar esse papel, nem processo técnico ou legislação que o capacite para tanto.

Dessa forma, a limitação da autonomia municipal para a definição de uma política local poderá ser eficaz apenas a partir do momento em que a gestão de sistemas locais for realmente confiada aos níveis locais e não ao governo central, que através de sua lógica financeira atrela o município a mecanismos definidos fora de sua órbita. Em decorrência desse atrelamento restringe-se a capacidade municipal de elaborar programas de atenção que correspondam às necessidades concretas de sua população. O resgate da capacidade municipal para diagnosticar, apontar e agir de forma específica frente aos seus problemas locais é condição sine qua non para se atingir um genuíno processo de descentralização político-administrativa.

IV. O PERFIL DO GASTO ORÇAMENTÁRIO: O LUGAR DA ÁREA SOCIAL

Dado o escopo do presente projeto, isto é, a análise dos processos de descentralização político-administrativa e de participação social no âmbito municipal, impõe-se avaliar o impacto da descentralização na área da saúde e seu significado na constituição de novas dinâmicas de cooperação na relação da administração local com os cidadãos.

Para atingir esse objetivo é necessário, em primeiro lugar, desvendar o grau de prioridade conferida pela administração para a área social, e em particular para o setor saúde. Neste sentido a análise comparativa anual do orçamento, referido aos gastos nos setores sociais e na saúde, possibilita uma primeira aproximação, objetivando discriminar a prioridade político-administrativa conferida pelo governo municipal para o conjunto das Políticas Sociais e, sobretudo, para o setor enfocado pela presente pesquisa, que é o de saúde.

Complementam essa análise dois outros procedimentos: em primeiro lugar, uma abordagem que permita caracterizar minimamente a infra-estrura urbana, de modo a estimar a virtual pressão que esta infra-estrutura possa exercer sobre os recursos orçamentários do município em detrimento das Áreas de Saúde e Educação. Em segundo lugar, uma caracterização da disponibilidade dos equipamentos de saúde e a análise dos recursos oriundos das outras esferas administrativas para a Área de Saúde, de modo que se possa estimar o grau de dependência da adminsitração municipal aos governos estadual e federal.

1. Orçamento Geral

A análise do orçamento municipal no período 1988-91 mostra um incremento orçamentário real da ordem de 99,5%, com crescimento médio real anual de 85%. No período imediatamente subsequente à reforma tributária constitucional (1989-91) esta tendência praticamente desaparece já que o orçamento cresce apenas 8 % e a média real aproxima-se de 1 ponto negativo. Este comportamento diferenciado para os dois períodos sugere que o aporte de recursos ao orçamento geral deve-se muito mais às transferências resultantes da reforma tributária constitucional do que propriamente do aumento da capacidade de tributação do município. Assim, o grau de dependência do orçamento municipal às transferências orçamentárias mantém-se elevado no período estudado; em média 68.5 % do montante de recursos são devidos às transferências constitucionais dos níveis federal e estadual. Os relativamente baixos percentuais alocados na função saúde, combinados à dependência das transferências de outras esferas governamentais, constituem um agravante pelo fato de que

parte dos recursos transferidos têm destinação específica, impedindo desta maneira sua livre alocação pela administração municipal.

Finalmente, cabe um breve comentário em relação à função Assistência/Previdência, dado seu comportamento díspar no período estudado. Em 1988, dos recursos alocados nesta função 83 % dizem respeito às despesas exclusivas com o funcionalismo público municipal (atividade de previdência), e apenas 17 % destinam-se às atividades propriamente assistenciais, voltadas aos munícipes. Para o ano de 1991 a tendência do perfil deste gasto acentua-se, visto que 91 % deles destinam-se às atividades de previdência, e irrisórios 7 % destinam-se àquelas de assistência. Este perfil dos gastos da função Assistência/Previdência descaracteriza-a enquanto um gasto pertencente à Área Social, dado o seu caráter restritivo e setorial em benefício do funcionalismo público municipal. Acresce-se a isto o fato de que, no período estudado, o percentual médio do gasto orçamentário com a função Assistência/Previdência (17.5 %) supera em muito aquele percentual da função Saúde/Saneamento (8 %), fato este provavelmente desconhecido da maioria dos munícipes de Botucatu (Cf Tabela 1). Ademais, no período 1988-91, a função Assistência/Previdência apresenta um crescimento médio absoluto superior em 20,5 pontos percentuais ao verificado para o orçamento municipal. Este fato indica que provavelmente uma parte dos recursos obtidos pelas transferências constitucionais foram empregados em benefício exclusivo do funcionalismo público municipal em detrimento das ações administrativas universalistas traduzidas em gastos na Área Social.

Destaque-se, ainda, que apesar da função Assistência/Previdência apresentar um incremento real médio de 105 pontos percentuais no período 1988-91, este não se mantém no período subseqüente (1989-91), decaindo para a diminuta cifra de 1 ponto percentual, caracterizando-se a inversão da situação anteriormente verificada (Cf. Tabela 1). Este fato, aliado ao padrão de composição interna entre as atividades de Assistência e Previdência, reitera a suposição de que pelo menos parte dos recursos orçamentários advindos da reforma tributária constitucional são carreados para gastos restritivos com a previdência do funcionalismo municipal, ainda que o montante global dos recursos orçamentários alocados na função Assistência/Previdência tenha decrescido, em termos absolutos, no período 1989-91 (Cf. Tabela 1)

2. Orçamento da Área Social

A análise orçamentária comparativa mostra uma tendência anual de crescimento da participação relativa da área social no total do orçamento. Assim, a área social que em 1988 corresponde a cerca de 57 % do orçamento, em 1991 passa a corresponder a 67.5 % , apresentando um crescimento de 10.5 pontos percentuais no período, correspondendo a um incremento em termos absolutos de US$ 7,126,362.00. Para se ter a dimensão exata deste aumento, basta apontar que ele é 37.5 % superior ao total dos gastos da Área Social em 1988 , que foram da ordem de US$ 5,189,000.00. A comparação orçamentária dividida em períodos mostra significativa variação na passagem 1988-89 (momento da reforma tributária constitucional) e o período subsequente 1989-91 (pós reforma tributária). No primeiro caso o incremento percentual é de 78.5%, correspondendo a um aporte de aproximadamente US$ 4,078,000.00, enquanto que para o período 1989-91 o incremento percentual médio é da ordem de 18,5% e, em termos absolutos, a variação correspondente a aproximadamente US$ 3,048,000.00 (Cf Tabela 2).

Em resumo, no período 1988-91, o montante orçamentário gasto cresce cerca de 99 %, enquanto que o gasto com a Área Social cresce 137,5 %. Nota-se que a área social apresenta um crescimento superior àquele do orçamento geral (cerca de 38 pontos percentuais), significando a maior apropriação relativa de recursos por esta área.

No período 1989-91 o montante orçamentário gasto cresce cerca de 8 %, enquanto que o gasto com a área social cresce 33 %. A tendência de maior participação da área social no total do gasto orçamentário mantém-se, porém com decréscimo no diferencial percentual que passa a 25 pontos. Não obstante, a tendência de crescimento da Área Social mantém-se acentuada no segundo período (1989-91), pois enquanto a média do percentual de crescimento real do orçamento geral é próxima a zero, a mesma média para a Área Social é de 18 %.

Merece destaque o fato de que provavelmente parte das receitas provenientes da reforma tributária constitucional foi alocada na área social. No período 1988-91, enquanto o orçamento geral do município cresce em termos reais 99 % a área social apresenta um crescimento real de 137.5 %, portanto com variação positiva de 38.5 pontos percentuais. A análise do percentual relativo do gasto anual na área social comparado ao total orçamentário, corrobora este padrão de crescimento, evoluindo de 57 % (1988) para 67.5 % (1991). Deste modo, verifica-se no período um incremento real e relativo no gasto orçamentário na Área Social acima do ocorrido

com o orçamento geral do município. Este fato contrapõe-se à versão corrente no debate sobre os efeitos da reforma tributária constitucional que imputa às administrações municipais a má destinação dos recursos decorrentes dos ganhos das transferências financeiras constitucionais.

Comparando-se agora a distribuição por funções com o total dos gastos da área social, verifica-se uma estabilidade no ordenamento dessas funções, entre os períodos 1988-91 e 1989-91. Assim, no período 1988-91 a prioridade de gastos, em termos dos percentuais médios, contempla, em ordem decrescente, as funções Habitação/Urbanismo (40.5 %); Educação/Cultura (36.5 %); Saúde/Saneamento (13 %); Transporte (9.5 %). A amplitude da variação percentual no período é de 31 pontos. Para o período 1989-91 têm-se Habitação/Urbanismo (39.5 %); Educação/Cultura (39 %); Saúde/Saneamento (14 %); Transporte (8 %) apresentando discreto acréscimo na amplitude da variação dos gastos da área social, que passa a 31.5 pontos percentuais. A expressiva amplitude da variação encontrada para os dois períodos traduz a configuração de dois polos na ordenação das funções da área social: de um lado Habitação e Educação melhor aquinhoadas com, respectivamente, 40.5 % e 39 %, e de outro Saúde e Transportes, com percentuais significativamente inferiores, respectivamente de 14 % e 9.5 %.

Em resumo, as modificações orçamentárias decorrentes das transferências constitucionais e da capacidade tributária do município não produziram alterações significativas nas prioridades internas à área social, mantendo-se Habitação e Educação como as principais funções no gasto orçamentário. Chama a atenção, na comparação entre os dois polos evidenciados, os percentuais significamente menores gastos nas funções Transporte e, principalmente, Saúde. Dada, no entanto, a complexidade e a extensão da estrutura dos serviços de saúde existentes no município, deve-se considerar os recursos oriundos, principalmente do nível federal, para o pagamento das internações hospitalares. Para 1991 estes gastos situam-se em torno de US$ 7,553,000.00, correspondendo a 41.5 % do total dos gastos orçamentários com a função Saúde.

3. Orçamento da Área de Saúde/Saneamento

A análise da participação da função Saúde/Saneamento no total do gasto orçamentário anual mostra uma participação média relativa de 8 % no período 1988-91, e de 8.5 % no período pós reforma tributária constitucional (1989-91). A função Saúde/Saneamento, comparada ao crescimento real do orçamento geral, apresenta aumento de 44.5 pontos

percentuais no quadriênio 1988-91; já no período 1989-91 ocorre a mudança deste comportamento, com evolução negativa de 13,5 pontos percentuais. Este padrão díspar de comportamento da função Saúde/Saneamento, em que o percentual médio relativo praticamente mantêm-se inalterado e o percentual médio absoluto apresenta significativa variação nos dois períodos, indica que, não obstante ter ocorrido um significativo aporte de recursos para a saúde em decorrência das transferências constitucionais, o montante deste aporte não se mantém para o período pós constitucional (1989-91). No segundo período nota-se a inversão deste comportamento, com perda absoluta de recursos da Saúde em relação ao total do gasto orçamentário. Neste sentido, a peça orçamentária reflete a não priorização da alocação de recursos para a saúde, invertendo a situação verificada no período 1988-91, sobretudo no biênio 1988-89.

Ao realizar-se este mesmo tipo de comparação com o orçamento da área social verifica-se a manutenção da mesma tendência. A função Saúde/Saneamento ocupa a terceira posição, apenas acima de transportes, em termos do gasto percentual médio para ambos os períodos, com 13 % em 1988-91 e 14 % em 1989-91. Em termos do gasto percentual absoluto verifica-se um incremento de 143.5 % para o primeiro período, e uma evolução negativa de 13% para o segundo. Para o primeiro período (1988-91) há um substancial aporte real de recursos para a função saúde, da ordem de US$ 941,000.00, enquanto que para o período 1989-91 este comportamento inverte-se, com perda real de recursos da ordem de US$ 30,693.00. Neste caso, nota-se que a participação percentual relativa da função saúde no orçamento da Área Social mantêm-se praticamente inalterada em torno de 13 % nos dois períodos. O aporte de recursos para a Área Social decorrente das transferências constitucionais praticamente não provocou nenhum impacto no percentual relativo da saúde, isto é, esta função não apresenta nenhum ganho percentual relativo interno à Área Social.

Em resumo, no período 1988-91, a participação orçamentária real da função Saúde/Saneamento apresenta um significativo incremento quando comparada aos totais dos gastos do orçamento geral, ainda que não se apresente uniforme para todo o período. Destaque-se que a participação percentual relativa mantêm-se praticamente inalterada. Na comparação interna à Área Social, nota-se um comportamento quase uniforme da participação percentual relativa da função Saúde para os períodos 1988-91 (13 %) e 1989-91 (14 %). Isto é, no período estudado, o aporte real de recursos orçamentários destinados à função Saúde cresce

substancialmente, enquanto que a participação percentual relativa da Área Social no orçamento geral mantém-se praticamente inalterada.

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

A análise das transferências financeiras para a Saúde oriundas das administrações Federal e Estadual está em parte comprometida pela ausência de informações disponíveis nas fontes usualmente utilizadas. Assim, não se obteve o montante preciso das transferências da Secretaria de Estado da Saúde realizado através de convênios específicos (como por exemplo o Convênio SUDS). O mesmo ocorre em relação ao total dos gastos da União no município, por conta dos serviços assistenciais contratados junto ao SUS. As estatísticas disponíveis, mesmo assim só a partir de 1991, referem-se apenas a AIH (Autorização de Internação Hospitalar), não se dispondo de informações sistematizadas sobre as transferências do SIA (Sistema de Informação Ambulatorial). Não obstante a parcialidade da informação disponível para análise, as AIHs sem dúvida representam o maior montante financeiro dentre os recursos extra-orçamentários gastos na área de saúde, justificando-se, assim, sua análise enquanto comportamento de tendência do conjunto das transferências .

Os gastos com internações no município para o ano de 1991 montam a US$ 7,553438.00, sendo 74% apropriado pelo hospital universitário, 17 % por instituições filantrópicas (2 hospitais gerais) e 9 % por instituição estadual. O impacto do gasto com internações no Orçamento Geral do Município corresponde a 41.5 % do total dos gastos e a 496 % - ou 5 vezes o gasto total - na função Saúde/Saneamento para o ano de 1991.

A avaliação dos recursos transferidos para pagamento das AIHs no período 1991-93 ratifica as evidências acima apontadas. A análise deste período mostra um crescimento real de 56 %, sem contudo apresentar alterações no ordenamento dos gastos por tipo de modalidade da instituição. Assim, a modalidade institucional que mais se beneficiou no período, em termos da captação de recursos, é a "universitário de pesquisa"[11] (representada pelo Hospital de Clínicas da UNESP). Esta modalidade apresenta um crescimento real de recursos no período da ordem de 64.5 % (ou US$ 3.607,000.00), portanto 9 pontos percentuais acima do crescimento real do montante gasto (55.5 %). O mesmo ocorre em relação à participação anual relativa nos gastos,

que passa de 74 % (1991) para 79 % (1993), significando um incremento de 5 pontos percentuais. No polo oposto, a modalidade que menos cresce é a estadual, com decréscimo em termos absolutos de 47 pontos percentuais em relação ao total dos gastos, e de 3 pontos percentuais na participação anual relativa dos gastos.

A análise mostra que os gastos com as AIHs realizados no município no período 1991-93 privilegiam a modalidade "universitário de pesquisa", representada pelo Hospital de Clínicas da Universidade Estadual Paulista, instituição de serviços com alta complexidade tecnológica e que atende demanda regional ampla, inclusive a de outros estados (por ex. norte do Paraná). Registre-se, ainda, que as modalidades institucionais públicas (estadual e Hospital de Clínicas) respondem por significativa parcela dos gastos com internações no período, correspondendo a 83 % (US$ 6,289,000.00) em 1991 e a 84.5 % (US$ 9,956,000.00) em 1993. Este padrão nos gastos com internações difere daquele verificado para o conjunto dos municípios do Estado de São Paulo e do Brasil, em que o conjunto das modalidades institucionais privadas responde pelo maior percentual dos gastos com as internações hospitalares.

Considerando-se ser este provavelmente o maior, ainda que não o único, montante de recursos extra-orçamentários da saúde, nota-se o grande impacto que provoca quando confrontado com os orçamentos Geral e, sobretudo, o da Saúde. Acresce-se a isto o significativo grau de dependência do município das transferências tributárias constitucionais das esferas Federal e Estadual. Mantidas as atuais condições de composição orçamentária do município, estes fatos autorizam duas ordens de suposições: 1) que o grau de dependência do município em relação às transferências é maior para a saúde (496 %) do que para o município como um todo (média de 68.5 % no período); 2) mantido o montante atual de gastos com internações, estes não são passíveis de serem absorvidos pelo orçamento municipal, dado seu significativo impacto no total orçamentário (41.5 %) e, principalmente, no orçamento da função Saúde/Saneamento, por corresponderem a cerca de 5 vezes os gastos realizados em 1991.

[11] A remuneração dos procedimentos médico-hospitalares pagos para os hospitais universitários de pesquisa corresponde , em média, cerca de duas vezes os valores da tabela de remuneração do SUS

TABELA 1

ORÇAMENTO GERAL E FUNÇÕES DA ÁREA SOCIAL.MUNICÍPIO DE BOTUCATU 1988-91.

US$

FUNÇÃO/ANO	1988*	%	1989**	%	1990	%	1991	%	M. Relat. %	M. Absol.% ***
Ed./Cult.	1,578,665.00	17.31	3,420,385.00	20.29	3,947,608.00	25.44	4,725,000.00	25.99		
	1		166,64		150,06		199,30		22.25	172,00
			1		15,41		38,14		23.90	26,77
Hab/Urb.	2,231,911.00	24.47	3,596,279.00	21.33	3,692,274.00	23.8	5,095,046.00	28.03		
	1		61,13		65,43		128,28		24.40	84,94
			1		2,66		41,67		24.38	22,16
Saúde/Sanea.	582,154.00	6.38	1,554,329.00	9.22	1,177,636.00	7.59	1,523,636.00	8.38		
	1		166,99		102,28		161,72		7.89	143,66
			1		24,23		-1,97		8.39	-13,10
Ass./Prev.	1,451,140.00	15.91	2,955,281.00	17.53	3,082,505.00	19.87	2,894,114.00	15.92		
	1		103,65		112,41		99,43		17.30	105,16
			1		4,3		-2,06		17.77	1,12
Transporte	796,607.00	8.74	696,578.00	4.13	788,127.00	5.08	972,007.00	5.35		
	1		-12,55		-1,06		22,01		5.82	4,20
			1		13,14		39,54		4.85	2,80
TOTAL ÁREA SOCIAL ****	5,189,327.00	56,90	9,267,571.00	54,97	9,605,645.00	61,90	12,315,689.00	67,74		
	1		78,58		85,10		137,32		60,37	100,33
			1		3,64		32,89		61,53	18,26
TOTAL DO ORÇAMENTO	9,119,188.00	100	16,858,934.00	100	15,.516,131.00	100	18,178,507.00	100		
	1		84,87		70,14		99,34			84,78
			1		-7,96		7,82			-0,07

FONTE: Fundação SEADE
* ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1988-91.
** ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1989-91.
*** MÉDIA DA EVOLUÇÃO DO GASTO REAL.
****EXCLUSIVE FUNÇÃO ASSIS/PREV.

TABELA 2

ORÇAMENTO DA ÁREA SOCIAL.MUNICÍPIO DE BOTUCATU 1988-91.

US$

Função/ano	1988(1)	%	1989(2)	%	1990	%	1991	%	M. Relat.	Ordem
ED/CULT.	1,578,655.00	30.42	3,420,385.00	36.90	3,947,608.00	41.09	4,725,000.00	38.36		
	*						*		36.69	2o.lug.
			*				*		38.78	2o.lug.
HAB/URB.	2,231,911.00	43.00	3,596,279.00	38.80	3,692,274.00	38.43	5,095,046.00	41.37		
	*						*		40.40	1o.lug.
			*				*		39.53	1o.lug
SAU/SAN.	582,154.00	11.21	1,554,329.00	16.77	1,177,636.00	12.25	1,523,636.00	12.37		
	*						*		13.15	3o.lug.
			*	*			*		13.79	3o.lug.
TRANSPT.	796,607.00	15.35	696,578.00	7.51	788,127.00	8.20	972,007.00	7.89		
	*						*		9.73	4o.lug
			*				*		7.86	4o.lug
TOTAL	5,189,327.00	100	9,267,571.00	100	9,605,645.00	100	12,315,689.00	100		
	1		78,58		85,10		137,32			
			1		3,64		32,89			

FONTE: Fundação SEADE. DADOS BRUTOS.
(1)ANO REFERÊNCIA = 1 PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1988-91.
(2)ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1989-91.
* DELIMITAÇÃO DE PERÍODOS.

TABELA 3

GASTO COM AIH (US$) DA ESFERA FEDERAL NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU 1991-93

ANO	1991(1)	1991	1992	1992	1993	1993
MODALIDADE HOSPITALAR	GASTO US$	%	GASTO US$	%	GASTO US$	%
CONTRATADO	0		0		0	
ESTADUAL	692,221.00	9	645,532.00	7	750,760.00	6
	1		-6,74		8,45	
MUNICIPAL	0		0		0	
FILANTRÓPICO	1,263,565.00	17	1,464,622.00	17	1,809,133.00	15
	1		15,91		43,17	
UNIV. ENSINO	0		0		0	
UNIV.PESQUISA	5,597,651.00	74	6,620,516.00	76	9,205,407.00	79
	1		18,27		64,45	
TOTAL	7,553,438.00	100	8,730,671.00	100	11,765,300.00	100
	1		15,58		55,76	

FONTE: Data SUS (Acesso remoto através do Programa Síntese). Dados brutos.
(1) ANO REFERÊNCIA = 1.

TABELA 4

ATIVIDADES DA FUNÇÃO ASSISTÊNCIA/PREVIDÊNCIA
NO ORÇAMENTO.MUNICÍPIO DE BOTUCATU 1988 E 1991.

US$

ATIVIDADES/ANO	1988 *	%	1991	%
TOTAL ASS/PREV.	1,451,140.00	100	2,894,114.00	100
	1		99,43	
ASSISTÊNCIA	245,183.00	17	197,250	7
	1		-19,54	
PREVIDÊNCIA	1,149,473.00	79	2,582,616.00	89
	1		124,67	
PASEP	56,484.00	4	114,248.00	4
	1		102,26	
TOTAL ORÇAMENTO	9,119,188.00		18,178,507.00	
	1		99,34	

FONTE: Fundação SEADE. DADOS BRUTOS.
* ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO COM 1991.

V. PENSANDO A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

1. A Relação Executivo/Legislativo

No período em estudo, que vai de janeiro de 1989 a dezembro de 1992, foram elaborados e aprovados cinco Projetos de Lei, dos quais três oriundos do Executivo e dois do Legislativo.

A atuação do Executivo municipal esteve voltada para a implantação e gestão do Sistema Único de Saúde. Os três Projetos de Lei de sua autoria estão vinculados à implantação do SUS. Um deles diz respeito à criação do Fundo Municipal de Saúde para captação de recursos financeiros, previsto na Constituição Federal de 1988. Os dois Projetos restantes referem-se à criação de instâncias promotoras da gestão do sistema, assim como da garantia da participação social no encaminhamento da política de saúde municipal. Correspondem à criação do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos de Unidades de Saúde, sendo que apenas o primeiro está previsto na Constituição Federal.

Analisando-se os documentos relativos à proposta de governo, percebe-se que a área assistencial ganha prioridade em relação às demais, visto que, dentre os tópicos levantados, quatro deles dizem respeito à assistência médica e três deles à vigilância sanitária, ações de divulgação de informações e recursos humanos, sendo apenas um relativo à criação de mecanismos de participação. Este último, no entanto, revela uma peculiaridade deste município, pois é mais enfatizado do que em outras experiências municipais.

Constata-se, portanto, que em Botucatu a implantação de mecanismos formais de participação social aparece de modo diferenciado no ideário de governo. Em Itu, por exemplo, o mesmo não se constata, nem em termos de ideário (quando se analisam os registros escritos), nem da sua concretização. Em ambos os municípios, o partido político no poder é o mesmo, apontando não ser esta uma variável decisiva quando se trata da maior ou menor participação da comunidade nos processos decisórios.

Em Botucatu, o processo de negociação política se dá fora do Plenário da Câmara, sendo encaminhados para votação os Projetos com consenso prévio, aparente justificativa para a não rejeição de Projetos neste município, à semelhança de Itu. Aqui também, o poder Legislativo municipal não se constitui em local de embate de idéias e de interesses. Conseqüentemente, o Legislativo também neste caso não parece ser uma instância de *formulação* de políticas de saúde, o que se pode constatar pelo irrisório número de Projetos de sua autoria.

Nestes dois municípios (Botucatu e Itu), o Legislativo tem formas de atuação bastante comuns, o que não parece ser uma peculiaridade deles, mas sim um traço característico dos municípios de médio porte. Em relação à formulação das políticas, estes Legislativos (de Itu e Botucatu) parecem acentuar uma tendência nacional de centralização no nível local, onde responsabiliza-se o poder Executivo pela formulação de políticas (principalmente as setoriais) em detrimento do poder Legislativo.

Novamente assemelhando-se a Itu, em Botucatu o pouco material disponível não explicita uma política de governo, mas sim planos de ação em relação à assistência médica e às ações programáticas do município, o que é coerente com uma tradição ainda marcadamente presente, segundo a qual o município não formula uma política, mas restringe-se a operacionalizar e executar programas, além de privilegiar a área assistencial, permanecendo ausente a integração entre ações de assistência médica individual e aquelas de caráter coletivo, pressuposta por um modelo de atenção à saúde. Como também verifica-se estar ausente um conjunto de ações inter-setoriais na área social.

2. A Perspectiva dos Distintos Atores

A análise das entrevistas realizadas em Botucatu tem como objetivo, inicialmente, verificar o nível de informação e desinformação por parte dos diversos atores a respeito da política de saúde desenvolvida pela administração no período estudado, através dos seguintes temas: propostas de governo, impactos da política implementada, relação Executivo/Legislativo e Executivo/Sociedade, descentralização, controle público e financiamento.

Um segundo objetivo diz respeito à identificação e qualificação de demandas formuladas pelos distintos setores da sociedade, buscando-se caracterizá-las em termos da sua abrangência. Os canais de participação são objeto do mesmo tipo de questionamento, ou seja, procurou-se caracterizar a sua importância enquanto meio de expressão e formulação das demandas sociais, e o significado destes canais na constituição de novas dinâmicas de cooperação na relação entre a administração e os cidadãos.

A questão central que motiva estes procedimentos é a da caracterização da saúde como uma questão social, isto é, como e para quais setores sociais a saúde se configura enquanto objeto de uma política social. Trata-se também de avaliar o controle público dessas políticas no âmbito da administração municipal.

O nível de informação

Executivo e Administração

Foram entrevistados o Prefeito de Botucatu, o Coordenador de Saúde, o responsável pelas UBS na Coordenadoria de Saúde e o representante da administração no Conselho Municipal de Saúde.

Em primeiro lugar, e seguindo a seqüência do roteiro de entrevistas, percebe-se que há **coerência quanto às informações expressas acerca das propostas da administração**: expansão da rede básica, implementação do Plano Diretor e a idéia de que há continuidade quanto às políticas municipais de saúde são os pontos principais e comuns às entrevistas.

O **processo de formulação e implementação das propostas não é mencionado**, com exceção do responsável pelas UBS na Coordenadoria de Saúde, segundo o qual **não houve participação da população neste processo**, que foi de responsabilidade exclusiva de técnicos (o entrevistado menciona este ponto uma segunda vez, como uma das limitações das propostas de governo).

A **Constituição Federal** é mencionada como um **avanço** no que diz respeito às propostas para a saúde, assim como a **Lei Orgânica do Município e a reestruturação administrativa da Coordenadoria de Saúde**.

Apesar de este grupo de entrevistados enfatizar a continuidade administrativa entre diferentes gestões, não há avaliações gerais sobre a gestão 89-92. Quanto ao tema **"Impactos e resultados da política implementada", são enumerados vários obstáculos ou dificuldades** (crise financeira da Prefeitura, política de RH e atendimento precários, hierarquização dos serviços e sistema de referência e contra-referência precários) **contra apenas um avanço** (cobertura vacinal - citado pelo representante da administração no Conselho Municipal de Saúde).

As informações explicitadas por este grupo de entrevistados quanto à **relação Executivo/Legislativo** são homogêneas e parecem coerentes com o que se verificou na análise da atuação do Executivo e do Legislativo na Câmara: **a ausência de conflitos entre estes dois poderes e a proeminência do Executivo** (que aparece como sujeito de iniciativas, diante de

um legislativo "passivo" e que "não prejudica" a sua ação) são os pontos destacados nas entrevistas.

A relação Executivo Sociedade não é mencionada em nenhum dos casos, o que chama a atenção visto que os entrevistados são membros do Executivo.

A **relação entre Município, Estado e União** aparece de três modos: na crítica à **insuficiência dos repasses**, na afirmação de que **não há canais regulares de negociação** entre estas esferas e na afirmação de que **as atribuições de cada uma destas esferas não é clara**.

Quanto ao **poder local**, há consenso quanto à sua **centralização** (expressa inclusive pelo Prefeito).

Já nas questões relativas ao **Controle Público** e referindo-se às formas de atendimento e encaminhamento das demandas, é possível destacar **três temas** mencionados pelos entrevistados: por um lado, mencionam o que chamam de **demandas "informais" ou "espontâneas"** (o Prefeito, após mencionar o Conselho Municipal de Saúde, afirma que "conversa muito com a população" pois segundo ele "com a participação da população o administrador erra menos"); por outro, mencionam o **Conselho Municipal de Saúde** como possibilitando **relações formais entre a administração e a população**, apesar das dificuldades na sua implantação. O terceiro tema mencionado consiste na **dificuldade de consolidação do modelo de referência e contra-referência**, causada tanto pelo desconhecimento deste modelo por parte dos funcionários quanto por uma dificuldade por parte da população em consumir os serviços de saúde deste modo (aqui, portanto, as demandas são entendidas enquanto demandas por atendimento). O representante do ERSA menciona também a dificuldade da administração em perceber as "necessidades da população" (o que pode indicar que os canais "informais" de encaminhamento de demandas não são suficientes para a formulação e encaminhamento de demandas, assim como os canais institucionalizados).

Quando a questão é voltada para à **participação da população na gestão**, o **Conselho Municipal de Saúde é mencionado novamente**, além das **Comissões Gestoras de Unidades**. Não há, no entanto, detalhes sobre o modo pelo qual se dá esta participação. Segundo um dos entrevistados (representante da administração no Conselho Municipal de Saúde), a criação do Conselho Municipal de Saúde e destas Comissões "contribuiu para uma maior mobilização e organização da população"; de outro modo, o Coordenador de Saúde afirma que o Conselho

Municipal de Saúde está "capenga", pois nele só participam os Sindicatos e as Associações de Moradores.

Os grupos identificados como sendo **os mais demandantes são as Associações de Bairros e a "população mais carente**". Vale destacar que, segundo o Prefeito, as Associações de Bairros e os Sindicatos tentaram restringir a participação de entidades privadas no Conselho Municipal de Saúde.

O modo pelo qual a administração processa as demandas não é mencionado, apesar de o grupo de entrevistados pertencer ao Executivo e à Administração. Não há, portanto, informações ou posicionamento diretos quanto às iniciativas da administração frente aos grupos demandantes.

Não há para este grupos de atores, assim como para o restante das entrevistas, informações detalhadas sobre o **financiamento** (a composição orçamentária pelas distintas fontes e a distribuição de recursos no interior da secretaria não são mencionadas). A porcentagem de 10% do orçamento municipal destinada à saúde é mencionada e os entrevistados criticam a insuficiência das verbas repassadas ao município (com exceção do Coordenador de Saúde, que afirma não faltarem verbas para este setor).

O Prefeito é o único a mencionar o **Conselho Municipal de Saúde** como meio pelo qual se dá a **participação na distribuição, execução e controle dos recursos orçamentários**, porém não fornece detalhes quanto a esta participação.

Legislativo

Foram entrevistados vereadores da situação (PSDB, PPR e PTB); e da oposição (PMDB e PT).

Uma vez que não há uma distinção clara entre as entrevistas com vereadores da situação e oposição, optou-se por apresentar as entrevistas com estes dois grupos de atores conjuntamente.

Aparecem como **propostas da administração** a ampliação da rede física, as diretrizes prescritas pelo SUS e a ampliação de recursos para a saúde.

Nenhum dos vereadores qualifica as propostas em termos de avanços e limitações. Também não há uma avaliação geral para a gestão 89-92.

Quanto ao tema "**Impactos e resultados da política implementada**", os pontos comuns apresentados como **avanços** são: a reestruturação da Coordenadoria de Saúde e a ampliação da rede física. Além disto, os vereadores da oposição mencionam as tentativas de implantação da hierarquização dos serviços, a percepção por parte da população das UBS como referência e a implantação dos Conselhos Locais de Saúde (que possibilitaram maior participação, pois são menos distantes do que o Conselho Municipal de Saúde). Como **obstáculos**, citados pela situação e oposição, aparecem: a falta de verbas, a inexistência de uma política de RH adequada, a crise econômica (gerando falta de recursos e aumento da demanda). Nas entrevistas da oposição é citada também a porcentagem de 4% do orçamento municipal para a saúde (aprovada para a gestão) como um dos obstáculos.

O tema da **descentralização local** aparece de dois modos, tanto entre os vereadores da situação quanto entre os vereadores de oposição: de uma lado, afirma-se que as coordenadorias não têm autonomia financeira e que a gestão 89-92 foi centralizadora e autoritária; de outro, afirma-se que as Coordenadorias têm autonomia financeira e administrativa e que trabalham em harmonia com o Prefeito (apesar de as decisões passarem pela Secretaria de Finanças).

A **relação entre Município, Estado e União** é descrita por todos como sendo partidária (não há canais permanentes de negociação), o que é qualificado tanto como prejudicial ao repasse de verbas (situação e oposição), como vantajoso para o município (um dos vereadores da oposição - PMDB - afirma que Mário Covas conseguiu uma verba federal para o município). O vereador do PT afirma, além disso, que há descentralização de tarefas, mas não de verbas.

A **relação Executivo/Legislativo** é descrita por todos como sendo "boa", isto é, não conflituosa. Há ainda destaque, por parte dos vereadores da oposição, ao fato de os projetos não deixarem de ser aprovados por questões partidárias, sendo que a Câmara aprova o que o Prefeito lhe dirige.

A **relação Executivo/Sociedade** é também mencionada: os vereadores da situação enumeram as qualidades do Prefeito ("honesto, acessível") ao descrevê-la e um deles menciona o Conselho Municipal de Saúde ao tratar deste tema. Um dos vereadores da oposição,

contrariamente, faz críticas ao Prefeito e à Administração, afirmando que o clientelismo e a cooptação de lideranças predominam nesta relação, além de o Prefeito não ter acatado as deliberações da Conferência Municipal de Saúde (tal como a aprovação de 10% do orçamento municipal para a Saúde).

Os vereadores da situação e um dos vereadores da oposição (PMDB) **destacam o papel dos vereadores no atendimento de demandas**: segundo eles, as Associações de Moradores pressionam os vereadores que, por sua vez, pressionam o Executivo. O mesmo vereador critica as lideranças destas Associações por rivalizarem com os vereadores (segundo ele as Associações têm "pretensões políticas"), e um segundo vereador da oposição (PT) completa afirmando que tais lideranças se utilizam das Associações em benefício próprio e estão distantes dos Conselhos Locais de Saúde. **Nenhum dos entrevistados menciona formas de participação na gestão** - o **Conselho Municipal de Saúde** é citado por apenas um dos entrevistados (oposição, PT) como possibilitando alguma organização da população, mas a seu ver é distante do dia a dia das unidades.

Os **grupos mais demandantes** são identificados por todos como sendo as **Associações de Moradores (população da periferia) e os Sindicatos**. Quanto ao modo pelo qual a Administração processa as demandas, há apenas uma menção (situação, PTB) a um estudo realizado pela prefeitura para a localização e atendimento da população “mais carente”, estudo este realizado exclusivamente por técnicos.

Nenhum dos entrevistados fornece informações detalhadas sobre o financiamento. As declarações são em torno da suficiência ou não das verbas para a saúde. Um dos vereadores da oposição (PMDB) fornece mais informações sobre as principais fontes (na gestão 89-92 65% do orçamento municipal foi destinado ao pagamento de funcionários, 25% à educação e 15% para a saúde e manutenção do município, segundo o vereador). Outro vereador da oposição (PT) afirma que 4% dos recursos municipais são destinados à saúde e denuncia que as administrações gastam menos com a saúde do que expressam as percentagens (vide detalhes no relato das entrevistas); menciona ainda o Projeto Kellog's.

A única menção ao processo de **participação na elaboração, execução e controle do orçamento** é feita por dois dos vereadores da situação, que afirmam que **somente a**

Administração e a Câmara participam de tal processo (a administração elabora o orçamento e a Câmara discute e aprova).

Distintos Setores da Sociedade

Movimentos Populares

Foram entrevistados representantes da Comissão de Saúde do Jardim Peabiru, da União das Associações Amigos de Bairro de Botucatu (UNASABs) e do Conselho Municipal de Saúde.

Os representantes da UNASABs e da Comissão de Saúde enfatizam a **ausência de propostas para a saúde**. O representante do Conselho Municipal de Saúde, por sua vez, descreve como principal proposta da gestão 89-92 para a saúde a preocupação em **facilitar o acesso da população aos equipamentos de saúde**. Nenhum dos entrevistados faz uma avaliação das propostas ou uma avaliação geral da gestão.

Quanto à **política implementada**, enumeram vários **avanços** (a criação do Conselho Municipal de Saúde, o Projeto Kellog's, os repasses do INAMPS para o Município) e **obstáculos** (relativos à ineficiência e discriminação por parte dos funcionários no atendimento, falta de política de RH, rede física precária, limitações orçamentárias).

Dois dos entrevistados abordam a **relação Executivo/Legislativo**, destacando como temas principais o seguinte: a **ausência de discussões de projetos** na Câmara e **ausência de conflitos** entre Executivo e Legislativo ("sempre trabalharam juntos" segundo um deles) e a **centralização** do processo decisório pelo Prefeito (mesmo na relação deste com o partido ao qual pertence). Há ainda uma crítica ao Legislativo (segundo o mesmo entrevistado, a relação entre o Legislativo e a Sociedade é clientelista).

Quanto à **relação Executivo/Sociedad**e, destacam a **distância entre o Prefeito e a população e o Conselho Municipal de Saúde enquanto meio pelo qual se força uma aproximação**.

O tema da descentralização é abordado por apenas um dos entrevistados, segundo o qual **não há canais permanentes de negociação entre os Governos Municipal, Estadual e**

Federal e a relação entre eles é **partidária**. Em relação ao poder local, afirma que a Coordenadoria de Saúde tem autonomia.

O tema do **controle público** é abordado com maiores detalhes por este grupo de entrevistados. Quanto às formas de encaminhamento das demandas, destacam o seguinte: o representante da Comissão de Saúde descreve os objetivos da associação que representa e as dificuldades na mobilização da população; o representante da UNASABs por sua vez menciona a formação de **Comissões de Saúde** em dois bairros da periferia, destacando que **tais Comissões têm poder deliberativo e contam com a participação de vários setores da população, inclusive dos usuários**.

As Associações de Moradores têm, segundo um dos entrevistados**, acesso ao Prefeito** (através de reuniões, obtidas após pressão destas entidades).

Quanto à **participação popular na gestão**, O Cims é mencionado como possibilitando esta participação, ao contrário do Conselho Municipal de Saúde, mais restritivo e no qual "só têm voz os figurões" (esta opinião é expressa pelo representante da Comissão de Saúde, segundo o qual a entidade que representa teve dois representantes no CIMS).

O representante do Conselho Municipal de Saúde contradiz esta afirmação pois, a seu ver, **a participação popular se dá através do Conselho Municipal de Saúde e visa a melhora do atendimento nas UBS**. Mas o mesmo entrevistado qualifica esta participação como superficial, destacando as dificuldades de mobilização da população em torno do Conselho ("por falta de conhecimento, instrução e curiosidade").

Os **grupos mencionados como mais demandantes** são as **Associações de Moradores** (dentre elas a Associação do Conjunto da COHAB e a Associação do Jardim Marajoara e os grupos da periferia). Além destes são citados **os Sindicatos e técnicos da saúde**, que, assim como as Associações de Bairros, tiveram participação na implantação do Conselho Municipal de Saúde.

O **modo pelo qual a administração processa as demandas praticamente não é mencionado** (um dos entrevistados faz menção a duas conquistas de sua Associação - instalação de um posto de saúde e saneamento básico para o Jardim Peabiru).

O **financiamento da saúde no município não é abordado por nenhum dos entrevistados**. Quanto à participação na distribuição, execução e controle do orçamento, há uma **crítica à ausência de informações e uma demanda por mais transparência** (segundo Socorro, não se sabe o que foi gasto e o financiamento "é muito complicado").

Trabalhadores

Foram entrevistados representantes do setor público (Associação dos Servidores Municipais de Botucatu) e do setor privado (Sindicato dos Metalúrgicos de Botucatu e Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Botucatu).

Dois dos entrevistados afirmam, assim como no grupo anterior, que **não há propostas ou projetos municipais para a saúde ou educação**. Não há portanto uma avaliação das propostas. Como avaliação geral da gestão, um dos entrevistados enfatiza a inexistência de participação popular.

Três temas podem ser percebidos na descrição da **relação Executivo/Legislativo** feita por todos o entrevistados deste grupo: **a ausência de discussão de projetos na Câmara, a pequena participação dos vereadores quanto processo de tomada de decisões** (segundo um dos representantes do setor privado, o Legislativo "não interfere tanto na evolução da cidade") **e o papel dominante do Executivo, e sobretudo do Prefeito, neste processo** (que na relação com o Legislativo é impositivo, pois as decisões são tomadas "de cima para baixo", segundo o representante do sindicato dos trabalhadores rurais).

As informações apresentadas sobre a **relação Executivo/Sociedade** são mais dispersas. Dentre as afirmações dos representantes do setor privado, destaca-se a qualificação do Prefeito como não acessível ("vai pouco aos lugares") e a afirmação de que não há demandas organizadas junto ao Executivo; o representante do funcionalismo, por sua vez, destaca as vinte Associações de Bairro de Botucatu e a UNESP como entidades que dirigem ou organizam demandas ao Executivo.

Os **canais de negociação entre os governos municipal, estadual e federal são descritos como transitórios**, um vez que a relação entre estas esferas de governo é predominantemente partidária. O **poder local por sua vez é descrito como centralizado** (o

representante do funcionalismo aprofunda este tema, descrevendo o que chama de "prefeiturização" e apontando para a participação popular como solução para esta tendência).

O **Conselho Municipal de Saúde** é descrito pelos três entrevistados como **a principal entidade para qual são encaminhadas as demandas organizadas por saúde**. Há ênfase no poder deliberativo deste Conselho, descrito como atuante pelo representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais. **As demandas não organizadas são encaminhadas ao Prefeito, aos vereadores e à imprensa**, segundo o representante do setor público. Mencionam também **dois tipos de demandas** (por atendimento médico e por remédios), além dos **Sindicatos e Associações de Bairro como grupos mais demandantes**. Nenhum dos entrevistados menciona o modo pelo qual se dá a participação na gestão e o processamento das demandas pela administração.

Quanto ao **financiamento, há menção às principais fontes**: de um lado, destaca-se o município como principal financiador, além da verba extra proporcionada pelo Projeto Kellog's; de outro, há menção aos repasses estaduais e federais. **Os mecanismos de controle dos recursos orçamentários** são também citados, e aparece em dois casos a informação de que **o orçamento municipal é pouco discutido e somente a Prefeitura e a Câmara participam de tal discussão**. De modo contrário, há uma afirmação por parte do representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, de que **o financiamento da saúde foi o único caso de maior abertura à participação**, e se deu através do Conselho Municipal de Saúde. Aparece ainda a **demanda por maior transparência e canais de participação**.

Produtores de Serviços de Saúde

Foram entrevistados representantes do setor público (H.C. da Unesp) e do setor privado: (Unimed, Hospital Sorocabano e Filantropia Botucatuense).

Este grupo de entrevistados aborda as questões relativas à saúde no município de modo particularista, isto é, referem-se às questões propostas pelo roteiro de entrevistas relacionando-as às suas atividades/posições específicas.

Não mencionam **propostas de governo** (apenas um deles afirma que nenhuma gestão se preocupou com a saúde), portanto não há qualificação ou discussão sobre propostas (não há

menção aos avanços ou aos limites relativos às propostas, nem avaliações gerais para a gestão - há apenas a **demanda**, feita pelo representante da filantropia Botucatuense, **por projetos que contemplem maior ajuda aos hospitais filantrópicos**).

Os "**impactos e resultados da política implementada**" são também tratados da perspectiva particular de cada setor representado pelos entrevistados: o representante da Unimed descreve a relação desta empresa com o setor público (qualificando-a como "difícil"); afirmam também que os valores repassados pelo INAMPS/SUS são baixos e insuficientes (o que, segundo o representante do Hospital Sorocabano, provocou uma queda na qualidade do atendimento). O representante da filantropia critica a falta de apoio da Prefeitura quanto a esta dificuldade. O único avanço é citado por este último (ampliação do atendimento primário).

A **relação Executivo/Legislativo não é citada** e a **relação Executivo/Sociedade** é mencionada por apenas um dos entrevistados (Filantropia Botucatuense), que se refere à precariedade do atendimento.

As questões relativas à descentralização aparecem como posicionamentos favoráveis ou não à municipalização da saúde. Não há referência específica à Botucatu e ao poder local.

Nas questões relativas ao **controle público**, o sistema de referência e contra-referência é novamente citado, quanto ao atendimento e encaminhamento de demandas (representante da filantropia) e há também menção ao Conselho Municipal de Saúde, mas em função da participação ou não do setor representado pelo entrevistado neste Conselho (o diretor do H.C. da UNESP, que está representado no Conselho, menciona o Conselho Municipal de Saúde como canal de participação na gestão; o representante da Unimed, por sua vez, afirma que os membros do Conselho não têm capacitação técnica - "conhecimento necessário"- para tomar decisões. O mesmo entrevistado destaca que a participação da Unimed em fóruns públicos não foi permitida).

O tema do **financiamento** é abordado novamente de uma perspectiva "particularista", isto é, **cada um dos entrevistados trata das condições de financiamento da entidade que representa**, sem mencionar os temas propostos pelo roteiro de entrevistas.

Empresariado

Foram entrevistados representantes do Sindicato Rural de Botucatu e da CIESP.

Estes entrevistados **não fazem qualquer menção ou avaliação das propostas de governo**, mas avaliam a gestão 89-92 para a saúde e educação como positiva e com continuidade. Mencionam algumas dificuldades na implementação das políticas de saúde (falta de verbas, atendimento ineficiente, sobrecarga de alguns hospitais em detrimento de outros) e **destacam a ineficiência do poder público em relação ao setor privado e diante de um aumento da demanda por saúde**.

Quanto à **relação Executivo/Legislativo**, os entrevistados mencionam a **irrelevância das demandas dos vereadores na Câmara e apontam para uma centralização do poder local pelo Prefeito**. Afirmam, referindo-se à **relação Executivo/Sociedade**, que a população critica constantemente o Prefeito, mas não descrevem o modo pelo qual se dá tal crítica. Há ainda a afirmação de que as empresas tem acesso ao Executivo (o Executivo aparece identificado ao Prefeito).

Os temas relativos à **descentralização** são também mencionados: o representante da CIESP afirma que a relação entre Município, Estado e União é boa, mas critica a ausência de representantes do município nas esferas estaduais e federais. O representante do Sindicato Rural, por sua vez, **descreve a relação entre estas esferas como partidária**, acrescentando que há pouco repasse de verbas para o município.

Quanto à descentralização local, não há informações detalhadas (de um lado, há a afirmação de que as Coordenadorias não têm qualquer autonomia e de outro, afirma-se que têm uma autonomia relativa, mas que seguem a orientação do Prefeito).

Os entrevistados tratam de modo sucinto as questões relativas ao **controle público**, mencionando as **Associações de Moradores de Bairros e os grupos da periferia como os mais demandantes** e afirmando que **as demandas são encaminhadas à Câmara, à imprensa ou diretamente à Prefeitura**, através dos grupos organizados.

O **financiamento** não é abordado com detalhes. Mencionam as **principais fontes** (o município é apontado como principal fonte, através da verba orçamentária e repasses do SUDES; o representante da CIESP menciona também os recursos provenientes do Projeto

Kellog's) e a questão da **participação na elaboração do orçamento** (afirmando que não há participação e que a discussão é "só feita pela Câmara e pelo Prefeito").

ONG's

Foram entrevistados um representante do Rotary de Botucatu e dois representantes do Movimento Botucatuense pela Vida.

Os entrevistados **não mencionam ou discutem as propostas de governo**. Quanto aos impactos da política implementada, fornecem detalhes, enumerando um maior número de obstáculos em relação aos avanços, tais como a falta de verbas ou pequena porcentagem destinada à saúde, rede física insuficiente e má localizada, formas ultrapassadas de atendimento, etc. O único avanço mencionado diz respeito ao atendimento da população da periferia, através de postos de saúde (representante do Rotary).

Segundo o mesmo entrevistado, o **"interesse comunitário" prevalece na relação Executivo/Legislativo**, diferentemente da Câmara dos Deputados. Os outros entrevistados discordam, afirmando que questões partidárias influenciam a aprovação ou não de projetos.

Os três entrevistados identificam o Executivo ao Prefeito, ao abordar a **relação Executivo /Sociedade**: o representante do Rotary afirma que o prefeito é acessível ("comunicativo, simples", atendendo às Associações de Moradores e aos Clubes de Serviços); já segundo as representantes do Movimento Botucatuense pela Vida, prevalece nesta relação a centralização do poder e o distanciamento ("o Prefeito não dá apoio aos movimentos, não dá explicações à população").

Quanto à **relação Município/Estado/União**, os entrevistados mencionam a **dificuldade de repasses causada por questões partidárias e pelo clientelismo** predominantes nesta relação. Um dos entrevistados menciona, quanto ao âmbito local, a existência de autonomia por parte das Coordenadorias.

As Sociedades Amigos de Bairro, os Clubes de Serviço, o Conselho Municipal de Saúde e as Comissões de Saúde são citadas como entidades que encaminham e organizam as demandas (os representantes do Movimento Botucatuense pela Vida comparam as

demandas por saúde e educação e afirmam que a primeira é maior e mais organizada, através do Conselho Municipal de Saúde e das Comissões de Saúde)**.**

Não fornecem informação sobre o financiamento - apenas o projeto Kellog's é mencionado. Destacam também a **inexistência de participação da população ou de setores organizados na discussão do orçamento**.

Síntese

As propostas de governo são mencionadas tanto pelos membros do Executivo e Administração quanto pelo Legislativo de modo razoavelmente coerente, sendo que no primeiro grupo aparece também alguma qualificação em relação às propostas e ao seu processo de formulação.

De modo distinto, aparece a afirmação, entre os representantes dos movimentos populares e dos trabalhadores, de que a Prefeitura não formulou qualquer proposta para a saúde no município. Os grupos restantes não mencionam este tema.

Assim, percebe-se, quanto ao nível de informações em relação às propostas e à política implementada no município, que os dois grupos com aparentemente maior domínio de informações são o Executivo/Administração e o Legislativo, apesar de não qualificarem ou aprofundarem o tema. Os grupos restantes criticam o Executivo e a Administração pela ausência de propostas, ou o poder público como um todo.

O tema seguinte (Impactos e resultados da política implementada) é mais citado do que o anterior, e aparece do seguinte modo: os membros do Executivo e Administração mencionam sobretudo os obstáculos e as dificuldades; os vereadores citam tanto avanços quanto obstáculos à implementação das políticas, assim como os representantes de movimentos populares, de trabalhadores e das ONG's. Os produtores de serviços de saúde do setor privado mencionam obstáculos, focalizando a relação do setor privado com o poder público, criticando a insuficiência de recursos provenientes deste último. Os empresários restantes fazem, neste item, uma crítica genérica à ineficiência do setor público.

Os principais elementos através dos quais os entrevistados qualificam a gestão, que aparecem nas entrevistas como respostas ao item "Impactos e resultados da política implementada", tanto em termos de avanços quanto de obstáculos ou limites, são, em ordem decrescente, os seguintes: grande número de *temas relacionados à assistência médica* (rede física, qualidade de atendimento ou dos serviços, hospitais); *financiamento da saúde* (falta de verbas, orçamento municipal insuficiente, apoio do Projeto Kellog's, etc.); temas relativos a *Recursos Humanos* (tais como falta de política de pessoal, baixos salários, falta de preparo) e *referências à participação da população na gestão* (criação do Conselho Municipal de Saúde, restrições à participação neste conselho, referências aos Conselhos de Unidade, críticas à ausência de participação na gestão).

Percebe-se, assim , o predomínio de uma avaliação centrada na assistência médica, em termos da qualidade ou acesso aos serviços, com predomínio de referências negativas (tais como qualidade precária do atendimento e dos serviços, falta de auxílio ao hospital filantrópico).

Mas, diferentemente de Itu, há dois outros temas - financiamento e participação na gestão - presentes na qualificação da gestão da saúde feita pelos entrevistados, e que indicam uma maior abrangência no modo pelo qual a saúde se configura com uma questão social em Botucatu, já que é, ainda que de modo secundário, percebida também em termos de uma política para o setor e através da relação cidadãos/poder público.

A relação Executivo/Legislativo é abordada por todos os entrevistados, com exceção dos produtores de serviços de saúde. É além disso descrita de modo bastante semelhante por todos eles, que, em linhas gerais, descrevem a ausência de conflitos entre Executivo e Legislativo, sendo o Executivo mais atuante na Câmara, além de destacarem também a centralização do processo decisório pelo Prefeito (cabe ressaltar que estas informações vêm ao encontro do que foi percebido na análise dos projetos apresentados na Câmara).

A relação Executivo/Sociedade, diferentemente do tema anterior, é entendida e descrita pelos entrevistados de modos distintos, e chama a atenção o fato de os representantes da administração não mencionarem este tema.

A identificação do Executivo com o Prefeito, e em seguida a qualificação deste como sendo acessível (legislativo; representante do Rotary e dos trabalhadores/setor privado) ou

distante (Movimento Botucatuense pela Vida; Movimentos Populares), é o modo predominante de definição da relação Executivo/Sociedade. O Conselho Municipal de Saúde é também citado (Legislativo/Movimentos Populares) como canal através do qual se dá tal relação. Destaca-se, por fim, um terceiro modo de definição, apresentada pelos produtores de serviços de saúde, que descrevem a relação Executivo/Sociedade em termos da qualidade do atendimento.

O *tema da descentralização* aparece em todos os diferentes grupos de atores, e as informações expressas na maior parte das entrevistas descrevem a relação entre o Município, o Estado e a União como partidária, evidenciando a ausência de canais regulares de negociação (Executivo/Administração, Legislativo, Movimentos Populares, Trabalhadores, Empresários). O fato de tal relação ser partidária é avaliado por um dos vereadores da oposição como favorecendo o município; mas a dificuldade nos repasses de verbas é a conseqüência mais constantemente enfatizada deste padrão de relação (Executivo/Administração, parte do Legislativo, Trabalhadores, Empresários).

A *descentralização do poder local* é descrita com ênfases distintas: de um lado, destaca-se a centralização do poder local pelo Prefeito (parte do legislativo, trabalhadores, empresários , movimentos populares, ONG's); de outro, há referência à autonomia, ou autonomia relativa, das Coordenadorias (parte do Legislativo, empresários, movimentos populares, ONGs,).

O primeiro dos temas referentes ao *controle público* (modo de encaminhamento e atendimento das demandas) é tratado por cada grupo de atores de modo distinto, e segundo a perspectiva do papel desempenhado por cada um destes grupos na sua relação com as demandas.

A Administração/Executivo destaca três diferentes modos de relação com as demandas: informal, formal, através do Conselho Municipal de Saúde, e através do sistema de referência e contra-referência (referindo-se aqui à organização do atendimento).

O Legislativo, por sua vez, descreve a relação entre as Associações de Moradores e os vereadores, através dos quais, portanto, se daria o encaminhamento de demandas.

Os movimentos populares mencionam as Associações de Moradores e as Comissões de Saúde, enquanto os Trabalhadores enfatizam o papel do Conselho Municipal de Saúde no

encaminhamento de demandas organizadas, além da Prefeitura, vereadores e imprensa como canais para demandas não organizadas.

Os produtores de serviços de saúde referem-se também à organização do atendimento (sistema de referência e contra referência) ao abordar a questão do encaminhamento de demandas, além de mencionarem o Conselho Municipal de Saúde, avaliado segundo a participação ou não do setor representado pelo entrevistado neste Conselho.

Os empresários destacam, assim como também citado pelos representantes de trabalhadores, a Câmara, a imprensa e a Prefeitura como "receptores" de demandas, enquanto as ONG's referem-se às Associações de Moradores, Clubes de Serviços, Conselho Municipal de Saúde e Comissões de Saúde ao tratar das formas de encaminhamento das demandas.

O modo pelo qual se dá a participação na gestão é menos citado pelos entrevistados: trabalhadores, produtores de serviços de saúde, empresários e ONGs não mencionam este tema. Os representantes do Executivo/Administração mencionam o Conselho Municipal de Saúde e as Comissões Gestoras de Unidades, sem no entanto aprofundarem qualquer discussão. Apenas um vereador (oposição, PT) aborda o tema, citando também o Conselho Municipal de Saúde, mas criticando sua atuação que é, a seu ver, limitada. O representante do Conselho Municipal de Saúde destaca esta entidade como o modo pelo qual se dá a participação na gestão, mas qualifica a participação da população no Conselho como superficial.

Com exceção dos produtores de serviços de saúde e dos representantes de ONG's, que não mencionam o tema, em todas as outras entrevistas as Associações de Moradores são citadas como os grupos mais demandantes. Menções à "população mais carente" ou "população da periferia" também são feitas, assim como aos sindicatos (citados pelos vereadores, pelos representantes dos próprios sindicatos e pelo representante do Conselho Municipal de Saúde).

O modo pelo qual a administração processa as demandas praticamente não é mencionado - há apenas duas citações pontuais: uma dos vereadores da oposição, referindo-se a um estudo realizado exclusivamente por técnicos para localizar a "população mais carente", e outra da representante da Comissão de Saúde do Jardim Peabiru, destacando que esta Comissão conseguiu a instalação de um posto de saúde e saneamento básico para o bairro.

O tema do *financiamento* é, de modo geral, desconhecido pelos entrevistados. Dentre os temas presentes, aparecem informações não detalhadas sobre as fontes de financiamento da saúde (a informação dominante é a de que o município é o principal financiador da saúde,

diante da insuficiência do repasse de recursos pelas outras esferas de governo; além disto há críticas quanto à real destinação das percentagens para cada setor e algumas menções ao Projeto Kellog's como fonte extra de verbas para a saúde) e sobre os mecanismos de participação na distribuição, execução e controle do orçamento. Neste caso predomina a informação de que apenas a Administração e a Câmara discutem o orçamento, sem qualquer tipo de participação popular; o Prefeito e um dos representantes dos trabalhadores fazem menção ao Conselho Municipal de Saúde como possibilitando esta participação: o primeiro sem fornecer detalhes quanto à realização desta participação, e o segundo chamando a atenção para a exclusividade da saúde neste processo, uma vez que é o único setor onde houve alguma possibilidade de discussão.

Demandas e canais de participação

Considerando-se inicialmente a questão da existência ou não de canais de participação, quais são eles e como são utilizados, é possível perceber, a partir do conjunto de entrevistas, o Conselho Municipal de Saúde como canal de participação razoavelmente institucionalizado, ou pelo menos bastante presente nas falas dos entrevistados, tanto como a entidade mais formalizada para o encaminhamento de demandas, como também enquanto objeto de polêmicas quanto à sua real efetividade e legitimidade (vide entrevistas com vereador do PT, com o representante da Unimed, com a representante da Associação de Moradores do Jardim Peabiru, e com o próprio representante do Conselho Municipal de Saúde).

Não há, no entanto, referências ao modo pelo qual o Conselho desempenha suas funções, tais como a participação na formulação de políticas para a saúde ou no controle do orçamento. As Comissões de Saúde são também citadas por alguns dos entrevistados (Movimentos Populares, ONG's), mas em um menor número de casos e praticamente sem qualificação alguma quanto à sua atuação e relevância.

Por outro lado, destaca-se também a ênfase ao que é chamado de "canais informais" de participação, através da imprensa, da Câmara ou de contato direto com o Prefeito.[12] As

[12]A menção à Câmara enquanto canal de participação da população na gestão é contraditória tanto com relação à descrição da atuação do Legislativo na Câmara presente nas próprias entrevistas, como quanto quanto à análise dos projetos ali apresentados durante a gestão; pois em ambos os casos o Legislativo aparece como pouco atuante e a Câmara não se apresenta como espaço de confronto de interesses.

Associações de Moradores, visto que são claramente definidas como os grupos mais demandantes, são reconhecidas como podendo assumir um papel ativo neste tipo de encaminhamento de demandas. O conflito entre os vereadores e os líderes destas entidades, descrito por alguns dos vereadores, reforça esta hipótese, pois há uma aparente disputa pelo papel de "organizadores de demandas" e talvez até mesmo pelo acesso ao Prefeito, tal como evidencia a entrevista com representante dos Movimentos Populares.

Mas a ausência ou pouca referência aos processos de formulação e implementação de propostas, à relação Executivo/Sociedade (com o Executivo normalmente identificado com o Prefeito) e ao modo pelo qual a Administração processa as demandas parece indicar que não há demandas suficientemente organizadas que cobrem uma atuação ou resposta da Administração a setores específicos da sociedade ou mesmo às entidades mais formalmente organizadas (tal como o Conselho Municipal de Saúde). Por outro lado, esta ausência pode indicar também a inexistência de canais institucionalizados efetivos que possibilitem tal tipo de cobrança ou participação. Uma terceira possibilidade, que não exclui as anteriores, estaria ligada ao próprio ideário da gestão, já apontado como fator determinante na criação de mecanismos de participação e de controle público, mas que no caso de Botucatu apresenta tais propostas, ao menos e sobretudo formalmente, como prioritárias.

As considerações feitas até aqui são coerentes com a pequena referência a demandas, de qualquer tipo, relacionadas à saúde. É possível, no entanto, levantar alguns tópicos através das críticas e questionamentos formulados pelos entrevistados, além de poucas demandas pontuais dispersas no conjunto das entrevistas.

Uma primeira crítica, presente nas falas dos representantes da Administração, do Legislativo, do empresariado e das ONG's, é à insuficiência de recursos para a saúde, incluídos aí os repasses estaduais e federais ao município. As causas apontadas para tal dificuldade são diversas: crise econômica, relação partidária entre esferas de governo, manipulação de verbas.

Há também críticas dispersas à Administração, tais como à inexistência de propostas para a saúde, ausência de participação popular como característica geral da gestão, e falta de transparência quanto à elaboração e execução orçamentária, além da menção constante à

Quanto à imprensa escrita, verifica-se contradição semelhante: a cobertura deste material revelou a quase inexistência da saúde enquanto tema relevante, além de não terem sido encontrados editoriais, cartas ou denúncias como expressão de demandas ou críticas.

centralização do poder local pelo Prefeito e à ausência de discussão de projetos na Câmara (critica que se dirige também à atuação do Legislativo).

As demandas mais explícitas e pontuais presentes nas entrevistas são as seguintes: demanda por projetos que contemplem maior ajuda aos hospitais filantrópicos (representante da Filantropia Botucatuense); presença de representante dos municípios nas esferas estadual e federal (empresário); melhora do atendimento nas UBS (Conselho Municipal de Saúde); e demanda por atendimento médico e remédios, esta citada por representante dos trabalhadores.

Resta ainda destacar que o desconhecimento quanto ao financiamento da saúde é generalizado, visto que é tratado pelos entrevistados apenas em seus aspectos gerais, ou na demanda por maior transparência, mas em nenhum momento é apresentado de forma precisa.

Este desconhecimento é relevante por evidenciar a precariedade do controle público que se poderia exercer em relação à formulação e controle orçamentário das políticas municipais de saúde. A ausência deste controle é evidenciada pelos próprios entrevistados também através da menção generalizada ao fato de que apenas a Administração e a Câmara elaboram, discutem e controlam o orçamento, destacando-se uma única exceção (entrevista com representante dos trabalhadores), em que se distingue a saúde enquanto o único setor no qual existe um canal institucionalizado para a participação na discussão do orçamento.

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

Em síntese, e quanto aos mecanismos de controle público e de participação na gestão no Município de Botucatu, pode-se afirmar que os canais formais de participação dos diversos setores da sociedade, sobretudo o Conselho Municipal de Saúde, ainda que não definidos com clareza quanto à sua atuação e efetividade, são a referência para os entrevistados quanto ao modo de concretizar este controle e participação, já que são objeto de debate e disputa nas falas dos entrevistados.

Mas destaca-se também o igual peso dado aos canais informais de participação, voltados sobretudo à figura do Prefeito e à discussão sobre a sua atuação (se é ou não acessível, por exemplo) como um modo também presente de entendimento do processo de formulação de

demandas, de participação na gestão e de permeabilidade ou não da Administração às demandas dos distintos setores da sociedade.

Retomando-se a qualificação da gestão descrita anteriormente, verificou-se que na perspectiva dos atores ela aparece sobretudo em termos de assistência médica, isto é, como demandas por assistência médica, mas inclui também outros dois temas: financiamento e participação na gestão. Isto significa que há uma percepção razoavelmente abrangente - ou ao menos mais abrangente do que aquela constatada em Itu - da saúde enquanto questão social.

Neste ponto não se verificou - como em Itu - uma centralidade das iniciativas do Executivo nas expectativas/percepções dos atores, mas tal centralidade aparece no tema seguinte, a relação Executivo/Legislativo, visto que segundo os entrevistados, não há conflitos no espaço da Câmara entre estas duas instâncias, e o Executivo aparece como mais atuante, além do destaque dado ao peso decisório centralizado na figura do Prefeito. A análise específica deste tema reforça este ponto ao verificar que, nos poucos projetos apresentados na Câmara, predomina claramente a iniciativa do Executivo, além da constatação de que prevalecem acordos prévios à apresentação do projetos na Câmara, a qual não se constitui portanto numa espaço de disputas de interesses.

Assim, também para Botucatu é possível afirmar que o Executivo possui relativa autonomia, percebida através da relação Executivo/Sociedade (no peso do atendimento informal das demandas) e Executivo/Legislativo (ausência de conflitos e atuação irrelevante do segundo na Câmara) e nos dois casos, identificação muito freqüente do Executivo com o Prefeito. Tal autonomia é completada pela verificação já descrita de que o financiamento das políticas de saúde é no geral desconhecido e portanto não controlado.

A saúde constitui-se, portanto, como uma questão social de modo semelhante ao que se verificou em Itu, mas com um peso um pouco maior dos canais institucionalizados de participação e controle público (tanto formalmente, no ideário da gestão, quanto nas falas dos distintos atores), e com uma qualificação ligeiramente mais abrangente da gestão da saúde como uma política pública.

VI DESCENTRALIZAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

A experiência de gestão local em estudo -a primeira gestão pós-Constituição de 1988- chama a atenção pelo descompasso entre os avanços verificados na institucionalidade da implantação do SUS frente ao processo de democratização efetiva da gestão.

Assim, por exemplo, enquanto a Lei Orgânica do Município institui o caráter deliberativo do Conselho Municipal de Saúde, e na prática ele se revela um canal de participação razoavelmente instituído, até o final da gestão não se tem claros seus objetivos, sua dinâmica de funcionamento e seus mecanismos de representação. Ao mesmo tempo, a (LOM) Lei Orgânica do Município preocupa-se em contemplar a normatização que deve reger os consórcios intermunicipais de saúde, a questão dos recursos humanos e a proibição da dupla militância dos profissionais da saúde.

A realidade de Botucatu apresenta, por outro lado, duas especificidades: uma rede de serviço e de infra-estrutura na área social relativamente favorável frente à média estadual e à realidade da maioria dos outros municípios, e no caso específico da saúde, a presença de uma rede hospitalar significativa, com a maioria dos leitos públicos e sob controle da Universidade Estadual Paulista. Assim, o município de Botucatu é relativamente bem provido de equipamentos de saúde, não configurando uma situação de carência de disponibilidade de instituições de saúde, embora isso não signifique acesso direto e imediato da população a esses serviços.

A outra face da moeda desta realidade relativamente favorável da rede de serviço na área social, e da saúde em particular, traz à tona a questão central do processo de descentralização em vistas à democratização da gestão pública: a autonomia do poder local para definir e implementar sua política e seu plano de gestão.

Se bem seja verdade que uma das avaliações sobre a gestão, mais presentes nos diferentes atores sociais envolvidos com a questão da saúde, consiste na falta de proposta e de programa, na medida em que todo o setor hospitalar foge ao controle do poder local - ou é privado ou é estadual e universitário, dependendo portanto de repasse de recursos de outras esferas de governo - na prática a capacidade de gestão do município sobre a saúde fica extremamente

limitada. Mas é de espantar, pois, o descompasso entre as propostas e os programas de governo e a realidade da gestão.

Do ponto de vista do orçamento, se já é alto o grau de dependência do município das transferências orçamentárias das outras esferas de poder, no caso da saúde ela acaba se revelando ainda maior, sobretudo no que diz respeito ao pagamento das internações hospitalares (AIH), com recursos provenientes da esfera federal.

Assim é que embora se detecte um aumento significativo, durante os quatro anos, dos recursos destinados à área social, (cerca de 10,5%), as prioridades internas à área não sofrem alteração, ocupando a função saúde/saneamento o terceiro lugar, depois de habitação e educação.

Mas se a lógica da descentralização vem sendo regida pela racionalidade técnico-orçamentária do nível federal, o financiamento - volume de recursos, mecanismo de repasse de recursos, prioridades de gastos, etc - continua sendo algo nebuloso, opaco, complexo e de difícil entendimento. Diante disso, o consenso constituído é o da falta de recursos para o setor, partilhado pela administração, pelos representantes dos setores privado e filantrópico, e pelos defensores da saúde como responsabilidade pública, e consequentemente dos serviços estatais. Distingue-se aqui o público do estatal no sentido que a responsabilidade pública sobre a saúde dos cidadãos não se restringe aos limites da produção estatal desses serviços, mas sim que a produção privada desses serviços deve ser regida pelas normas da responsabilidade e controle públicos.

Quanto às demandas de saúde, tanto a administração local quanto os munícipes tendem a confluir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, entendidos estes como assistência médica. Nesse sentido, a prática não inovadora dessa gestão no que diz respeito à formulação e implantação de um novo modelo de atenção à saúde encontra respaldo nas expectativas da população por um modelo predominantemente assistencial.

E aqui a responsabilidade é fundamentalmente do Executivo, responsável pelos projetos de caráter mais abrangente, não se configurando também neste caso o Legislativo como um *locus* de negociação política - os projetos encaminhados à votação são aqueles que contam com um consenso prévio.

Interessante ressaltar, no entanto, que a questão da participação popular e dos demais setores sociais na gestão local ganha destaque nesta experiência de administração local. Para o Executivo e a Administração, e também para os profissionais da saúde, o Conselho Municipal de Saúde configura-se como uma instituição por excelência que encaminha as demandas da população. Vale notar que a dimensão técnica do sistema de referência e contra-referência no encaminhamento da clientela também é mencionado pelo Executivo e pelo setor privado prestador de serviços como um canal importante de captar a demanda da população. Entende-se, neste caso, não como expectativa da população sobre que serviços de saúde devem ser ofertados a ela, mas como procura dos serviços.

Já para os representantes do Legislativo e dos movimentos populares são as associações de bairro e de moradores que ao participarem dos Conselhos - Municipal e das Unidades de Saúde - e ao se dirigirem aos vereadores transformam-se nos principais meios de expressão das demandas sociais por saúde.

Não obstante, se o Executivo Municipal acaba por ter pouca autonomia na formulação e implementação de uma política de saúde, o Legislativo também não se configura como uma instituição de representação das demandas sociais, o que no âmbito local remete em uma significativa autonomia do primeiro frente ao segundo.

E como parte significativa das demandas pulverizadas no âmbito individual de cada munícipe tende a se dirigir para a figura do Prefeito, tendo o Executivo maior autonomia frente ao Legislativo, e tendo ele maior capacidade de resposta, configura-se uma realidade favorável ao clientelismo e ao particularismo. Assim, se de um lado as principais demandas são por atendimento médico e remédios, portanto de assistência médica, por outro, na coexistência de demandas dos setores organizados de sociedade com aqueles de caráter individual, acaba por se constatar um mecanismo através do qual as primeiras estão principalmente nos colegiados e dirigem-se ao Legislativo, enquanto as segundas tendem a ser dirigidas à figura do Prefeito. Nessas trajetórias, traçadas como duas linhas paralelas, o risco de um padrão clientelista e conservador de administração local acaba por se revelar muito maior.

E como o Executivo ocupa um papel central no processo de inovação e de democratização da gestão, a institucionalidade dos canais de participação direta na gestão pública não garante por si só maior permeabilidade da administração local às demandas sociais,

e muito menos que o poder local se configure como um espaço de inovação da relação Estado/sociedade.

Da mesma forma que a população mais carente, no geral da periferia, identificada como os setores que mais demandam da administração local, cabe a esta a responsabilidade de transformar o espaço público no espaço de aprendizado do exercício da cidadania, da convivência dos diferentes, e não no espaço dos pobres e dos carentes, e portanto, da prática assistencialista e privatista por parte do poder público.

Esta experiência, pelos avanços institucionais na implementação do SUS e dos canais de participação social, e dada a complexidade de sua organização de serviços de saúde, revela-se extremamente rica ao apontar as dificuldades das tarefas a serem enfrentadas no âmbito dos municípios para a implementação de um efetivo controle público que imprimia eficiência e eficácia à administração pública. E dentre essas tarefas, talvez seja a dimensão técnica da formulação e implementação de políticas de saúde o menor dos desafios.