

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – PGSP

**“ASPECTOS POLÍTICOS DA MUNICIPALIZAÇÃO DA
SAÚDE E DA IMPLANTAÇÃO DO SUS EM BLUMENAU”**

EDSON JOSÉ ADRIANO

Florianópolis

2002

EDSON JOSÉ ADRIANO

**“ASPECTOS POLÍTICOS DA MUNICIPALIZAÇÃO DA
SAÚDE E DA IMPLANTAÇÃO DO SUS EM BLUMENAU”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Dr. Alcides Rabelo Coelho

Florianópolis

2002

DEDICATÓRIA

**“Nos outros eu sei onde se abriga o coração.
É no peito – todos sabem disso.
Comigo
a anatomia ficou louca.
Eu sou todo coração –
ele bate em todo o corpo.”
(Maiakovski)**

A minha esposa e companheira Jeanine, “jardim das minhas emoções”, pelos sonhos compartilhados, pela compreensão, pelo carinho de todos os momentos e por ter assumido as suas e as minhas “responsabilidades”;

As minhas filhas Máira, Giovana, Isabela e a pequenina Gabrielle, pela semente, pelo futuro que já começou, com um pedido de perdão por todas as ausências;

Aos meus pais José e Maria Aparecida e a minha vó Eny, pela vida, pelo amor, pelo apoio em todos os momentos, pelas expectativas.

**“Onde eu morrer
eu vou morrer cantando.
Que eu caia aqui ou lá, não importa
eu sei -
eu sou digno de ser colocado
próximo aos que tombaram sob a bandeira
vermelha.”**

(Maiakovski)

A Irmã Maria Salete Lunardelli (in memoriam)
A todos que lutam por um mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

“Os dias da Comuna”

(Bertold Brecht)

“Resolução”

Considerando nossa fraqueza os senhores forjaram
 Suas leis, para nos escravizarem
 As leis não mais serão respeitadas
 Considerando que não queremos mais ser escravos.
 Considerando que os senhores nos ameaçam
 Com fuzis e com canhões
 Nós decidimos: de agora em diante
 Tememos mais a miséria do que a morte.

Plegaria a um Labrador

(Victor Jara)

Levántate
 y mira la montaña
 de onde viene el viento el sol y el agua
 tú que manejas el curso de los rios
 tú que sembraste el vuelo de tu alma.

Levántate
 y mírate las manos
 para crecer estréchala a tu hermano
 juntos iremos unidos en la sangre
 hoy es el tiempo que puede ser mañana.

Libranos de aquel que nos domina en la miseria
 tráenos tu reino de justicia e igualdad
 sopla como el viento
 la flor de la quebrada
 limpia como el fuego el cañon de tu fusil
 hágase por fin tu voluntad aquí en la tierra
 danos fuerza y valor al combatir
 sopla como el viento la flor de la quebrada
 limpia como el fuego el cañon de tu fusil

Levántate
 y mírates las manos para crecer
 estréchala a tu hermano
 juntos iremos unidos en la sangre
 ahora y en la hora de nuestra muerte, Amén.

Ao meu mestre e orientador professor Alcides Coelho, pela coerência, pela empolgação e pela coragem de acreditar no seu orientando;

Ao meu mestre professor Marco da Ros pelo “estilo de pensamento”;

A todos os mestres de quem fui discípulo, as professoras Vera, Eleonor, Ivete e Maria de Lourdes e os professores Sérgio, Caetano, François e Nelson, minha gratidão;

À Mabel, Giovani , Miriam e Patrícia, irmãos nesta existência, pelo incentivo, pelos bons momentos juntos.

Aos meus companheiros de Mestrado pela solidariedade, pelo “caminho feito no caminhar”.

Aos meus companheiros de jornada na Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau pela confiança, por acreditar no SUS.

À Jessoni, Christiane e Marina, companheiras de gabinete, por todo o apoio.

Aos Conselheiros Municipais de Saúde, em especial ao companheiro Amândio Castellain, trabalhador, lutador, “cidadão SUS” de Blumenau, um outro tipo de orientador.

A Cassi por me proporcionar o contato com o saber do Instituto de Saúde Coletiva da Bahia e a todos os amigos que lá deixei, os de Santa Catarina e os do Brasil: “os caramujos” e o time da “sede”.

As lideranças sindicais e aos trabalhadores com quem trabalhei, a todos os amigos que fiz pela vida.

E dois agradecimentos especiais:

Aos ex-Secretários de Saúde de Blumenau, os médicos Sérgio Schaefer, Fernando Vianna e Newton Mota e ao ex-diretor de Saúde, também médico, Gilson Cândido, a minha gratidão pelas entrevistas concedidas;

E finalmente, agradeço de corpo e alma aos que me honraram, aceitando o convite para participar dessa banca.

EPÍGRAFE

“Os filósofos se limitaram a interpretar o mundo de diferentes maneiras; mas o que importa é transformá-lo” (Marx, XI tese sobre Feuerbach)

ELOGIO DA DIALÉTICA

(Bertold Brecht)

**A injustiça passeia pelas ruas a passos largos
Os dominadores fazem planos para dez mil anos.
Só a força os garante. Dizem que tudo ficará como está
Nenhuma voz se levanta além da voz dos dominadores.
No mercado da exploração se diz em voz alta:
Este é apenas o começo!**

**Entre os oprimidos, muitos dizem:
Jamais se realizará o que queremos!
O que ainda vive nunca diga jamais!
O seguro não é seguro. Nada ficará como está.
Quando os dominadores falarem,
Falarão também os dominados.**

**Quem se atreve a dizer jamais?
De quem depende a continuação desse domínio senão de nós?
De quem depende a sua destruição? Igualmente de nós?
Os caídos que se levantem!
Os que estão perdidos que lutem!
Como pode calar-se quem reconhece Dedicatóriaa situação?**

**Os vencidos de hoje serão os vencedores de amanhã.
E um novo “hoje” nascerá do “jamais”.**

RESUMO

Este trabalho trata-se de um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa, com o desafio de utilizar uma metodologia dialética marxista e que descreve e contextualiza o processo de construção da municipalização da saúde e do Sistema Único de Saúde na cidade de Blumenau, procurando dar ênfase a seus aspectos políticos e analisando as gestões municipais envolvidas neste processo com início nos anos 70, quando a Diretoria de Assistência Social é transformada em Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social até, o final do ano de 1996, quando ocorre a vitória do Partido dos Trabalhadores, nas eleições para a Prefeitura Municipal.

Utiliza, ainda, como referência o desenvolvimento sócio político e econômico de Blumenau, o desenvolvimento das políticas de saúde em nosso país e notadamente o processo político, social e institucional de reestruturação dos serviços de saúde no Brasil, a partir da década de 80, na busca de uma nova ordem social, fundada na universalidade, hierarquização e descentralização.

Para a investigação utilizou-se como fontes de materiais, entrevistas e a análise documental de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Blumenau, no período de 1992 a 1996, planos municipais de saúde, relatórios de conferências municipais de saúde, relatórios de gestão, Leis, etc. Foram entrevistados três ex-secretários municipais de saúde, um ex-diretor de saúde e um conselheiro representante dos usuários, que hoje preside o CMS de Blumenau.

O estudo considera que, apesar de dificuldades, em Blumenau com o passar dos anos, com o surgimento do SUS, com a adesão a forma de gestão semiplena e com o crescimento das atribuições e responsabilidades do município, houve um crescimento na governabilidade, com ampliação do poder do gestor municipal. Percebe-se porém, que este aumento de governabilidade, possui um caráter relativo, pois todos os fatos enumerados acima, geraram mudanças nas relações de poder com conflitos com outras esferas.

Para dar resposta as novas demandas surgidas, ocorre um aumento da capacidade de governo. O projeto de governo torna-se mais complexo com os anos, porém, ainda é muito dependente das políticas formuladas ou tornadas relevantes pelo nível federal.

O grande avanço do período foi a ampliação da participação direta da sociedade civil organizada, principalmente os trabalhadores, no CMS, o que coincide com o momento da ruptura da indiferenciação de classe na cidade, contribuindo para a democratização da gestão e para a consolidação do Sistema Único de Saúde como resistência ao modelo neoliberal.

ABSTRACT

This work concerns of a descriptive case study with qualitative approaching with the defiance of using a marxist dialectics methodology and that describes and contextualize the process of construction of municipalization of health and Health Unique System of Blumenau city, searching to give emphasis to their political aspects and analysing the municipal administration involved in this process with the beggining in the 70' decade, when the Social Assistance Directory became Municipal Health Secretariat and Social Welfare until the end of 1996, when occurs the victory of Workers Party in the elections of the city hall.

It still utilizes as reference the social and economic development police of Blumenau; the development of health polices in our country and the political, social and institutional process of health services restruction in Brazil, since 80' decade, looking for a new social order, established in the universitility, hierarchization and decentralization.

In this investigation was used as sources: materials, interviews and documental analysis of Municipal Council of Health between 1992 and 1996, Municipal Plans of Health, Municipal Conference of Health written report, admnistration reports, laws, etc.. It was interviewed three ex-Health Municipal Secretary, one ex-Health Director, a Counselor that represents the userers and who is the president of the Municipal Council in Blumenau.

This study consider, even though the difficulties in blumenau ,as years was going by, with appearcement of Health Unique System, with adhesion of semifull administration, and with increase of attributions and responsibilities of the municipal district, happened an increase of governability, with amplification of municipal administrator power, however this increase of governability has a relative

character, because all facts enumerated above, caused changes in power relations, taking to conflict with others fields.

For giving the answers to these new demands, it happens an increase of government capacity. The government project was becoming more complex, as years were going by, although it still is too dependent of policies formulated or turned into relevant by federal level .

The great advance of the period was, without doubts, the increase of the direct participation of the organized civil society, it is worth noting workers in the Health Municipal Council, whar, coincides with the moment of the rupture of indifferenciation of class what contritutes to the democratization of the administration and to the consolidation of Health Unique System as resistance against neoliberal model.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	7
2.1	- Caminhos Metodológicos	7
2.2	- Metodologia Dialética Marxista	9
2.3	- Quadro Metodológico da Investigação	18
3	A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE	24
3.1	- A Concepção de Estado, Poder, Política e Planejamento	24
3.2	- A Descentralização de Serviços de Saúde	42
4.	O REFERENCIAL DAS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE E O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA	50
5.	DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	64
6.	CONTEXTUALIZANDO O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL	85
7.	CONTEXTUALIZANDO A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO SUS EM BLUMENAU	113
7.1	- Blumenau: O Cenário do Trabalho	113
7.2	- A Municipalização da Saúde e a Construção do SUS em Blumenau	121
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	227
9.	REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	239
10.	FONTES DA PESQUISA DOCUMENTAL	257
	ANEXOS	263

1. INTRODUÇÃO

Nos primeiros anos deste novo século e milênio que nascem ainda marcados pelas grandes mazelas provocadas pelos efeitos entorpecentes do fermentar do capitalismo global e do Pós-modernismo, bem como pelo colapso do Socialismo Real, sobre as energias criativas de grande parcela dos seres humanos, terá que ser grande o esforço empreendido pela humanidade, notadamente pela “classe-que-vive-do-trabalho” (Antunes, 1999, p.210), em construir uma nova sociedade que supere a barbárie do neoliberalismo e o Estado omissivo, por um “novo sujeito-mundo das maiorias” (Steffan, 1999, p.263).

A forte hegemonia neoliberal faz com que a macroeconomia dos processos de ajuste e reestruturação da indústria continuem a ser a essência das políticas de reforma vigentes nos países centrais e mesmo nos periféricos, objetivando-se primordialmente “a desregulação e a liberalização dos mercados (...), a redução (...) do Estado; e a privatização das empresas estatais e dos serviços públicos” (Almeida, 1997, p.177) e pelo mundo afora vai “aumentando de forma continuada e geométrica aquilo que a imprensa costuma chamar de ‘polarização social’, o que na prática vai fazendo com que o capitalismo contemporâneo fique cada vez mais parecido, do ponto de vista social, com o retrato que dele fez o velho Marx, já faz algum tempo” (Fiori, 1997, p.210).

A partir do capitalismo global há também a fermentação do nazi-facismo, que “pode ser visto como um produto extremo e exacerbado das mesmas forças sociais predominantes na fábrica da sociedade mundial administrada em moldes neoliberais. Uma fábrica na qual se fabricam e refabricam desigualdades, tensões e contradições atravessando todo o edifício.”(Ianni, 1998, p. 115)

Como já colocou Chenais (1997, p. 7):

(...)A angustia vivida pelas grandes massas, praticamente no mundo todo, vem da constatação pela classe operária, a juventude e as massas oprimidas, da degradação acelerada das suas condições de existência: ressurgimento e permanência do desemprego, precariedade das condições primárias de existência, destruição da proteção social, ressurgimento da fome ou, mesmo onde não há fome, novas epidemias, nova decadência tanto individual quanto

social, arrogância das classes possuidoras e de uma sociedade que volta a ostentar a riqueza de uns aos olhos de todos os que não têm nada.

Em relação mais especificamente às políticas sociais, onde a política de saúde se inclui, a agenda, em todo o mundo, foi marcada pelo debate em torno do esgotamento do Estado de Bem-Estar Social, já que a crise econômica que marcou o fim daquilo que Hobsbawn (1995, p. 253) denomina “os anos dourados” do capitalismo, “colocou em xeque os mecanismos até então utilizados para o controle e direcionamento dos desenvolvimentos econômico e social, onde historicamente o papel dos Estados nacionais foi preponderante...”(Almeida, 1997, p. 177-8) e o processo de globalização adota o neoliberalismo como ideário político, econômico e social das políticas sociais, negando “uma concepção progressiva e determinista da história”, substituindo-a “por uma concepção cíclica e indeterminista (...) segundo a qual a cada ciclo concluído se retorna ao ponto de partida” (Bobbio, 1989, p.120).

Bobbio (1989, p. 126) coloca com precisão a progressão histórica da ofensiva dos liberais:

(...) a ofensiva histórica dos liberais voltou-se historicamente contra o socialismo, seu natural adversário na versão coletivista (...); nestes últimos anos, voltou-se também contra o estado do bem-estar, isto é contra a versão atenuada (...) do socialismo; agora é atacada a democracia, pura e simplesmente. A insídia é grave. Não está em jogo apenas no estado de bem-estar, quer dizer, o grande compromisso histórico entre o movimento operário e o capitalismo maduro, mas a própria democracia, quer dizer, o outro grande compromisso histórico precedente entre o tradicional privilégio da propriedade e o mundo do trabalho organizado, do qual nasce direta ou indiretamente a democracia moderna (através do sufrágio universal, da formação dos partidos de massa, etc.).

Falando mais diretamente da área da saúde, que não pode ser abordada de forma restrita e isolada, mas levando-se em conta as suas amplas inter-relações, a sua dimensão de globalidade e os seus determinantes históricos, econômicos e políticos, devemos nos lembrar que, a nível internacional, a crise do modelo biomédico é antiga e culminou, em diversos países, em um amplo movimento de reformas dos sistemas de saúde.

Também no Brasil, nas últimas duas décadas do século XX, ocorreram intensas transformações no sistema de saúde, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional.

A partir da década de 70 do século findo, difundem-se princípios baseados na universalização, atenção primária, integralidade da atenção e controle social, para a reorganização dos serviços. São vários os países que adotam a estratégia de atenção primária, a partir da qual se organizam os sistemas de saúde. Logo em seguida, nos anos 80, enquanto se procurava consolidar a expansão da cobertura assistencial iniciada na segunda metade da década anterior, em atendimento às proposições formuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde, essa dinâmica incorpora um outro discurso, neoliberal, com uma tendência a criação de mercados na assistência e uma ação supletiva e focalizada do Estado (Almeida, 1995; Banco Mundial, 1993).

Nessa mesma época começa o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde e, posteriormente, contando com a incorporação de outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Em 1987 é implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), e que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde, a

implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

A nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, no capítulo dedicado à saúde, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo de duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art.196).

Entre outros, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, as Leis nº 8.080 e 8.142, promulgadas em 1990, respectivamente, operacionalizam as disposições constitucionais.

Atualmente, o setor saúde (assim como outros setores nacionais) está submetido ao modelo neoliberal. A crise econômica brasileira da década de 80 rompe a aliança estabelecida entre o Estado, às empresas multinacionais e as empresas privadas nacionais, levando consigo o modelo desenvolvimentista e conservador criado nos anos 30. Esta crise, que se expressa internamente por uma crise financeira e fiscal e, externamente, pela perda de liquidez e endividamento externo, tendo, como pano de fundo a desigualdade da distribuição de riquezas, faz com que o Estado não mais consiga gerenciar as relações distributivas, tornando-se alvo de grandes mudanças. As elites, que sempre garantiram seus ganhos dentro dos espaços institucionais, viram-lhe as costas em busca de novas possibilidades de ganhos maiores. O Estado transforma-se no culpado que precisa deixar de existir, como se assim fossem desaparecer os problemas, criando-se o espaço para as propostas neoliberais do Estado mínimo. Nesse contexto, o sistema de saúde é constituído por três subsistemas: o de alta tecnologia (e também de alto custo), o de atenção médica supletiva (onde estão as medicinas de grupo) e o subsistema público (o espaço de construção do SUS).

Este modelo neoliberal, segundo Chomsky (1999, p.66) baseado no significativo lema “ganha riqueza, esquecendo tudo, menos a ti mesmo”, se faz presente em todo o país e suas conseqüências atingem, também, Blumenau, cidade fundada em 1850, como colônia privada e que contou desde os primórdios

com fortes contingentes de imigrantes europeus, notadamente os alemães que a fundaram e ditaram as características culturais, sociais e econômicas que foram hegemônicas durante quase toda a sua existência e onde a constituição de uma estrutura municipal responsável pelas políticas das áreas sociais, aí incluída à da saúde, ocorre no final da década de 60 em plena ditadura militar e cresce durante as décadas de 70 e 80, os anos em que a cidade foi administrada pelo (P)MDB, quando é criada a Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social, que mais tarde seria sub-dividida e daria origem as secretarias municipais específicas da Ação Comunitária e da Saúde.

Naquele momento já se vivia o período pós Constituição Federal de 1988 e dos primórdios do Sistema Único de Saúde, que se implantará na cidade no ano de 1992 e a partir de então avançará paralelamente aos avanços da consciência de interesses da classe trabalhadora, em Blumenau, para além dos interesses corporativos e que, com sua representação terá papel importante no Conselho Municipal de Saúde e nas Conferências Municipais, inclusive na primeira, realizada em março de 1994 e que delibera a implantação de um modelo assistencial baseado nos preceitos constitucionais e princípios e diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, regionalização, e hierarquização, inter-setorialidade e participação popular.

O objetivo geral de nosso estudo é, utilizando-se do método dialético marxista, focalizar as características políticas que o processo de construção do SUS assume em Blumenau, onde em um primeiro momento, pretendíamos tomar como referência o processo político, social e institucional de reestruturação dos serviços de saúde no Brasil, a partir da década de 80, na busca de uma nova ordem social, fundada na universalidade, hierarquização e descentralização, referência esta que foi mantida, porém ampliada, com a inclusão de um olhar histórico sobre o desenvolvimento sócio político e econômico de Blumenau, associado as diversas etapas do surgimento da consciência de classe dos trabalhadores da cidade, bem como do desenvolvimento das políticas de saúde em nosso país.

Pretende descrever e contextualizar este processo político de implantação do SUS em Blumenau, passando por um histórico da saúde pública na cidade,

pela municipalização da saúde, pelas políticas racionalizadoras da década de 80 e pelas gestões municipais envolvidas neste processo com início nos anos 70, quando a Diretoria de Assistência Social é transformada em Secretaria Municipal da Saúde e Bem Estar Social até o final do ano de 1996, quando ocorre a vitória do Partido dos Trabalhadores na eleição para a Prefeitura Municipal.

Intenciona, ainda, contribuir com subsídios para a interpretação deste processo de implantação e dentro do possível analisar as questões do poder, da governabilidade, do projeto e capacidade de governo, bem como da formação de blocos históricos no SUS em Blumenau, analisando os princípios e diretrizes do Sistema, no processo assistencial de saúde, vigente em Blumenau.

Nesta perspectiva, esta dissertação se subdivide em seis capítulos: primeiro – *O Referencial Teórico-Methodológico*; segundo – *A Municipalização da Saúde*; terceiro - *O Referencial das Ciências Sociais em Saúde e o Movimento da Reforma Sanitária*; quarto – *Das políticas de Saúde*; quinto - *Contextualizando o Sistema Público de Saúde no Brasil*; e sexto - *Contextualizando a Municipalização da Saúde e a Construção do SUS em Blumenau*.

2. O REFERÊNCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 - CAMINHOS METODOLÓGICOS

Em síntese nosso trabalho trata-se de um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa.

Os dois métodos utilizados pelas ciências têm sido o qualitativo e o quantitativo. Estes não se opõem, na verdade, se complementam (Minayo, 2000).

Alves (1999), ressalta que os cientistas do passado já diferenciavam a ordem das quantidades da ordem das qualidades, mas consideravam ambas como qualidades. A primeira (ordem das quantidades), era expressa como qualidade primária e designava qualidades inerentes ao objeto, podendo ser traduzidas de forma matemática. A segunda (ordem das qualidades), era expressa como qualidade secundária e referia-se às experiências dos sujeitos em relação ao objeto.

A pesquisa quantitativa é muito útil para investigar as qualidades primárias de um objeto, ou seja, a quantidade.

Por outro lado, a qualitativa é a mais recomendada para estudar as qualidades secundárias, que não podem ser quantificadas: o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos seres humanos em suas ações e interações sociais (Minayo, 2000).

Minayo (1998) refere-se ao campo de conhecimento da saúde como composto de uma complexa rede de aspectos físicos, psicológicos, sociais, ambientais pertencentes a condição humana e de atribuição dos significados. Segundo a referida autora, a proposição da metodologia social qualitativa à pesquisa na área de saúde corresponde a uma ampliação da compreensão fenomenológica do seu objeto. Nesta, os conteúdos relacionados às crenças, valores e atitudes passam a ser também problematizados nos estudos referentes às ações de promoção, prevenção e tratamento da Saúde Pública.

As correntes de pensamento que têm orientado a pesquisa qualitativa expressam diferentes formas de construir o conhecimento:

- O Positivismo considera os produtos da interação social como componentes funcionais da realidade, sem inseri-los no contexto de sua construção social e, segundo Trivinos (1987, p.31), “a busca de resultados essencialmente estatísticos amarrrou, em repetidas oportunidades, o investigador ao dado, ao estabelecer relações estatisticamente significativas entre os fenômenos”.

- A Sociologia Compreensiva tem como objetivo a compreensão da realidade humana vivida socialmente, tendo o “significado” como seu conceito de estudo. Preocupa-se em explicar as relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, expressas no cotidiano, na vivência humana e no senso comum. Inclui-se nesta linha de pensamento compreensivista, a Fenomenologia, a Etnometodologia e o Interacionismo Simbólico (Minayo, 1998).

- A dialética marxista trabalha com a complexidade, buscando encontrar na parte a compreensão e a relação com o todo e, considera a existência de uma relação intrínseca de oposição e complementariedade entre o mundo natural e o social. Este tipo de abordagem permite um entendimento dos significados de forma mais abrangente, captando-os no cotidiano, na vivência e no senso comum e inserindo-os em um contexto social e histórico, considerando sua interação e inter-relação (Minayo, 2000).

Nosso estudo foi realizado lançando-se mão de uma metodologia dialética marxista, a qual dedicamos, a seguir, um sub-capítulo, mostrando que, teoria e realidade, são concebidas numa constante relação dialética, na medida em que a realidade informa a teoria que a antecede, permitindo percebê-la e formulá-la num processo infinito de aproximação e distanciamento.

(...) A teoria domina a construção do conhecimento através de conceitos gerais provenientes do momento anterior. Seu aprofundamento, de forma crítica, permite desvendar dimensões não pensadas a respeito da realidade que não é evidente e que não se dá: ela se revela a partir de interrogações elaboradas no processo de construção teórica (Minayo, 1998, p. 92).

2.2 - METODOLOGIA DIALÉTICA MARXISTA

“só se escolhe o caminho quando se sabe aonde se quer chegar”.
(Goldenberg, 1999, p.14)

Karl Marx, ao fundar a doutrina marxista na década de 40 do século XIX, notadamente pelas conotações políticas de suas idéias, convalidadas, em seguida, também, por Engels, revolucionou o pensamento filosófico.

O marxismo segundo Triviños (1987, p.49), compreende três aspectos principais: o materialismo dialético, o materialismo histórico e a economia política.

As fontes diretas do pensamento marxista seriam, segundo Lênin (1979), o idealismo clássico alemão (Hegel, Kant, Schelling, Fichte), o socialismo utópico (os franceses Saint-Simon e Fourier e o inglês Owen) e a economia política clássica inglesa (Ricardo e Smith). De Hegel, por exemplo, Marx, tomou várias idéias que foram fundamentais para o marxismo, como o conceito de alienação e seu ponto de vista dialético da compreensão da realidade (Triviños, 1987; Frigotto, 2000).

Segundo Althusser (1986, p.33), a doutrina científica marxista é constituída por duas disciplinas distintas, que se unem por razões teóricas e históricas, sendo distintas uma da outra pelo fato de possuírem objetos distintos: “o materialismo histórico, ou ciência da história, e o materialismo dialético, ou filosofia marxista”.

Lowy (2000, p.23 e 25) para se referir ao marxismo, usa de forma indistinta os termos “dialética materialista, método dialético, materialismo dialético, materialismo histórico, dialética revolucionária e filosofia da práxis” (este último, uma denominação gramsciniana), sendo que todos apontam para elementos do método marxista, colocando ainda que “o historicismo é o centro, o elemento motor, a dimensão dialética e revolucionária do método”.

O materialismo histórico tem por objeto os modos de produção que surgiram e surgirão na história, sua organização, seu funcionamento e suas

transformações (Althusser, 1986) e sua concepção “funda-se no imperativo do modo humano de produção social da existência” (Frigotto, 2000, p. 75).

Segundo Triviños (1987), o materialismo histórico estuda a evolução histórica das leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade e da prática social dos homens.

É em sua obra a Ideologia Alemã, que Marx e Engels colocaram pela primeira vez, as bases do materialismo histórico. Nela criticam Fuerbach e os hegelianos que defendiam que a história era resultante das ideologias e dos heróis, em vez de buscar nas relações de produção e nas relações sócio-econômicas os verdadeiros fundamentos das sociedades.

O materialismo dialético por sua vez, é o conceito central, a base da filosofia marxista, procurando buscar explicações lógicas e racionais para os fenômenos naturais, sociais e do pensamento. (Spindel, 1981, Triviños, 1987).

De acordo com Althusser (1986, p. 43) :

O objeto do materialismo dialético está constituído pelo que Engels chama “a história do pensamento”, ou o que Lenin denomina “a história da passagem da ignorância ao conhecimento”. Podemos ser mais precisos e designar este objeto como a história da produção de conhecimentos enquanto conhecimentos, definição que abrange e resume outras possíveis definições: a diferença histórica entre ciência e ideologia, a teoria da história da cientificidade, etc.

Para Frigotto (2000, p.75), o materialismo dialético está situado “no plano de realidade, no plano histórico, sob forma da trama de relações contraditórias, conflitantes, de leis de construção, desenvolvimento e transformação dos fatos”.

O materialismo dialético não possui como base de seus princípios, somente a matéria, a dialética e a prática social, mas pretende ser a teoria orientadora para a revolução do proletariado (Triviños, 1987).

Ao invés de ser somente um saber específico e limitado a determinado setor do conhecimento, a filosofia na concepção do materialismo dialético, ressalta a importância da prática social como critério de verdade e estudando como a realidade objetiva se reflete na consciência (Triviños, 1987).

De forma clara, a filosofia dialética marxista, diferentemente da ideologia filosófica com a qual rompe, possui características comparáveis as de uma ciência se manifestando segundo Althusser (1986, p.45) sob dois aspectos:

- *Uma teoria, que contém o sistema conceitual teórico no qual se pensa o objeto;*
- *Um método que expressa a relação que mantém a teoria com seu objeto na sua aplicação ao mesmo.*

Segundo Minayo (1998, p.65), “o materialismo histórico, representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, a dialética refere-se ao método de abordagem deste real”.

Repetindo a citação de Lênin (apud Minayo, 1998, p.65) “O método é a própria alma do conteúdo”.

Aliás, Minayo (1998, p.66), que critica Althusser por negar a história enquanto construção humana significativa e o sujeito social exceto como uma ilusão de estruturas ideológicas, nos coloca que o materialismo dialético possui dois conceitos fundamentais que podem resumi-lo: “Modo de Produção e Formação Social”.

Minayo (1998, p.67), utiliza os conceitos de Fioravante (1978) para defini-los.

Modo de produção se constitui em um conceito abstrato formal, uma estrutura global formada por instâncias regionais, entre as quais uma delas, determinada historicamente e a partir do econômico, domina as demais.

A formação social, por sua vez, seria uma unidade complexa, articulando muitas instâncias da organização social, contendo vários modos de produção, dos quais um é dominante e determina os outros.

Como coloca Minayo (1998, p.67):

...É dentro do conceito abrangente de Formação Social que podemos analisar, numa determinada sociedade, o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção; as classes sociais básicas e a luta de classes; a divisão do trabalho; as formas de produção, circulação e consumo de bens; a população; as migrações; o Estado; o desenvolvimento da Sociedade Civil; as relações nacionais e internacionais de comércio, de produção e de dominação; as formas de consciência real e possível dos diferentes grupos sociais e por fim o “modo de vida”, conceito que em Marx está vinculado a “modo de produção”.

Na realidade, a metodologia dialética marxista nos traz que a vida humana é social e histórica, na expressão de Goldmann (1989, apud Minayo, 1998, p.68)

“todo fato social é um fato histórico”, não existindo idéias, instituições ou categorias estáticas, fixas ou absolutas e tudo aquilo que ultrapassa o indivíduo para atingir a vida social constitui acontecimento histórico.

No marxismo, o método está vinculado a uma concepção de realidade, de mundo e de vida no seu conjunto (Frigotto, 2000, p. 77).

De acordo com Prado Júnior (1973, p.42):

“Marx, (...), não chegou a desenvolver sistematicamente o seu método. Limitou-se em princípio a aplicá-lo. Mas a maneira como o fez, como dele se utiliza (...) a análise a que procede do capitalismo, e a sua teoria econômica daí resultante, constituem exemplo máximo e fornecem os elementos mais que suficientes para traçar, pelo menos em linhas gerais e fundamentais, aquilo em que essencialmente consistem seus procedimentos metodológicos”.

E é o próprio Marx (1978, p.116) quem nos fala de método na sua “Introdução à crítica da economia política” no capítulo que denomina “O método da economia política”, onde coloca:

...Os economistas do século XVII, por exemplo, começam sempre pelo todo vivo: a população, a nação, o estado, vários Estados etc.; mas terminam sempre por descobrir, por meio da análise, certo número de relações gerais abstratas que são determinantes, tais como a divisão do trabalho, o dinheiro, o valor etc. Esses elementos isolados, uma vez mais ou menos fixados e abstraídos, dão origem aos sistemas econômicos, que se elevam do simples, tal como trabalho, divisão do trabalho, necessidade, valor de troca, até o Estado, a troca entre as nações e o mercado mundial. O último método é manifestadamente o método cientificamente exato. O concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso. Por isso o concreto aparece no pensamento como processo de síntese, como resultado, não como ponto de partida, ainda que seja o ponto de partida efetivo e, portanto, o ponto de partida também da intuição e da representação.

A dialética marxista deve ser vista, segundo Frigotto (2000, p. 79) “ao mesmo tempo como uma postura, um método de investigação e uma práxis, um movimento de superação e de transformação”, possuindo um movimento tríplice, constituído pela crítica, pela construção do conhecimento “novo” e pela síntese no plano do conhecimento e da ação.

Como coloca Lukacs (1989, p.209-210):

Só a dialética histórica cria uma situação radicalmente nova. Não só por que nela se relativizaram, ou, mais exatamente, se tornaram fluidos os próprios limites, não só porque todas as formas do ser, de que o absoluto é, sob diversas formas, a contrapartida conceptual, são dissolvidas em processos e compreendidas como fenômenos históricos concretos, de maneira que o absoluto é compreendido no seu aspecto histórico concreto, como momento do próprio processo, mais do que negado abstratamente; mas também porque o processo histórico é, na sua unicidade, na sua progressão e nos seus recuos dialéticos, uma luta ininterrupta para alcançar etapas mais elevadas da verdade, para aceder ao auto conhecimento (social) do homem.

Outra tese essencial da dialética marxista é segundo Minayo (1998, p.69-70), “o caráter total da existência humana e da ligação indissolúvel entre história dos fatos econômicos e sociais e a história das idéias”. A visão de totalidade nos mostra que não há pontos de partida absolutamente definidos, nos levando a ver a realidade objetiva como um todo coerente, compreender e analisar as partes desse todo formando correlações concretas de conjuntos e unidades sempre determinados.

É neste interior que se coloca o princípio da união dos contrários que abrange as totalidades parciais e as fundamentais. Nas palavras de Minayo (1998, p. 71-75) isso implicaria em se perceber uma relação dialética entre:

- *os fenômenos e sua essência, as leis e o fenômeno;*
- *o singular e o universal, o particular e o geral;*
- *a imaginação e a razão;*
- *a base material e a consciência;*
- *a teoria e a prática;*
- *o objetivo e o subjetivo;*
- *a indução e a dedução.*

A metodologia dialética nas palavras de Demo (1991), pelo fato de analisar com profundidade os fenômenos históricos é a metodologia específica das ciências sociais. Sua opinião é baseada na observação da realidade social e na adequação desta a visão dialética que particulariza:

- a contradição e o conflito predominando na realidade sobre harmonias e consensos;
- o fenômeno da transição histórica, da mudança, do vir-a-ser sobre a estabilidade, as repetições possíveis da fase anterior;

- o movimento ou salto histórico;
- a visão da totalidade e a unidade dos contrários, significando a convivência na mesma totalidade de dois pólos que se repelem e se atraem.

Segundo Triviños (1987, p.73), o pesquisador que se guia pela metodologia dialética “deve ter presente em seu estudo uma concepção dialética da realidade natural e social e do pensamento, a materialidade dos fenômenos e que estes são possíveis de conhecer”.

Estes princípios do marxismo devem ser vistos associados com a idéia de que a consciência é um resultado derivado da evolução material, o que significa que a matéria é o primeiro princípio e a consciência o aspecto secundário. Sobre estes fundamentos devem ser consideradas as categorias e leis da dialética e, necessário se faz, conhecer a estrutura das formações sócio-econômicas, modos e relações de produção, classes sociais, base e superestrutura da sociedade, a história da mesma como sucessão das formações sócio-econômicas, consciência social e individual (Triviños, 1987, p.73).

O processo dialético de conhecimento da realidade se dá na e pela práxis não importando, segundo Frigotto (2000, p. 81): “... a crítica pela crítica, o conhecimento pelo conhecimento, mas a crítica e o conhecimento crítico para uma prática que altere e transforme a realidade anterior no plano do conhecimento e no plano histórico-social”.

A práxis relata exatamente a união indissolúvel da teoria e da ação, porque “a reflexão teórica sobre a realidade é uma reflexão em função da ação para transformar” (Frigotto, 2000, p. 81).

É, portanto, necessário para instaurar-se um método dialético de investigação, romper com o modo de pensar e com a ideologia dominantes (Frigotto, 2000).

A respeito de estudos na área da saúde utilizando a metodologia dialética marxista, Minayo (1998, p.81), assim se refere:

Na área da saúde os resultados das análises histórico-estruturais se fazem sentir na escolha das temáticas macrossociais e nas práticas que privilegiam mudanças ao nível dos arcabouços políticos da dominação e da organização e

administração do setor. São pouco presentes os estudos que a partir dos sujeitos sociais e de suas representações, avaliam e questionam o sistema, os serviços e as práticas.

Ao utilizarmos uma metodologia dialética marxista não devemos nos esquecer que um sistema de saúde integra os sistemas de proteção social e sendo assim é sempre um fato social. Da forma como os atores entendem este fato decorrem as representações sociais e em nosso estudo, o papel destas representações, será interpretado de acordo com a dialética marxista.

Segundo Büchele (2001, p.56) “as representações sociais determinam e constroem conhecimentos sociais que situam o indivíduo no mundo, definindo sua identidade social e seu modo de ser”.

Lembrando Deslandes (1997, p.104) que afirma que o estudo das representações sociais em saúde mostra que o processo saúde/doença “é permeado de elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários atores que dele participam”, sem dúvida importante se faz, definir de algum modo o conceito de representações sociais.

Representações sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo de pensamento. Nas ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. Enquanto material de estudo, essas percepções são consideradas consensualmente importantes, atravessando a história e as mais diferentes correntes de pensamento sobre o social. (Minayo, 1998, p.158)

Segundo Minayo (1998) Marx na totalidade de seus escritos fala da relação entre as idéias e a base material, mas é na obra “A Ideologia Alemã”, escrita em conjunto com Engels, que elabora e discute sua teoria sobre as “representações sociais”, tendo como princípio básico do “pensamento” e da “consciência”, determinado modo de vida dos indivíduos, condicionado pelo modo de produção de sua vida material.

Ainda segundo a mesma autora, ao citar que “as circunstâncias fazem os homens, mas os homens fazem as circunstâncias”, Marx apesar de defender a anterioridade da vida material sobre as idéias, vê os dois elementos numa relação dialética, relativizando o determinismo mecânico da base material sobre a

consciência e chamando a atenção para as contradições existentes entre as forças de produção, o estado social e as idéias.

É a consciência, cuja manifestação se faz através da linguagem, para Marx e Engels, o ponto central para tratar do campo das idéias. Afirmam ainda que a consciência é um produto social e que as idéias estão comprometidas com as condições de classe, sendo as da classe dominante, em cada época, as idéias dominantes.

Büchele (2001) nos fala que, quando as representações sociais são focalizadas como campos socialmente estruturados, levam o conceito de ideologia como visão de mundo. Quando privilegiam as práticas sociais, possibilitam a emergência da ideologia como representações hegemônicas a serviço das relações de poder. Desta forma, as representações sociais são sempre ideológicas.

Aqui, entende-se, ideologia segundo o conceito de Chauí (1981, p.78), “não é um processo subjetivo consciente, mas um fenômeno objetivo e subjetivo involuntário, produzido pelas condições objetivas da existência social dos indivíduos”. A mesma autora coloca ainda que a ideologia é um dos meios usados pelos dominantes para exercerem a dominação sem que esta seja percebida pelos dominados, decorrendo isso em virtude da existência de uma separação entre trabalho material e intelectual, do fenômeno da alienação e da luta de classes, a dominação de uma classe sobre as outras, colocando ainda que o Estado e suas leis são instrumentos desses mesmos dominantes.

A partir do pensamento de Marx e Engels, dois outros autores, Gramsci e Lukács trabalharam o campo das representações sociais do ponto de vista marxista.

Na realidade, Gramsci, em seus escritos está mais preocupado com a questão pedagógica da construção da hegemonia do que com a pesquisa social propriamente dita. Mas de qualquer forma, sua colocação neste campo é muito esclarecedora, porque avança a teoria marxista sobre o mundo das idéias. (Minayo, 1998).

Na sua obra, *Concepção Dialética da História*, Gramsci (1995, p.12) nos coloca que pertencemos sempre, pela própria concepção de mundo, a um

determinado grupo social, exatamente àquele constituído por aqueles que pensam e agem de um mesmo modo, “somos sempre homens-massa ou homens-coletivos”.

Gramsci chama atenção para o caráter de conformismo que as representações sociais são reveladoras e para o caráter de abrangência deste conformismo, de acordo com os diferentes grupos sociais, cada grupo social tem seu próprio conformismo e ilusão. Também alerta para os aspectos dinâmicos capazes de gerarem mudanças que irão coexistir com o conservadorismo no senso comum. Analisa a composição das diferentes composições de mundo de qualquer grupo social e de determinada época histórica.

Segundo Minayo (1998, p.169-70), para Gramsci, a compreensão das representações sociais seria “uma combinação específica das idéias das classes dominantes e das concepções dos grupos subalternos, numa relação de dominação, subordinação e resistência entre os dois pólos”.

Já Lukács (1989), através daquilo que chamou de “visão de mundo”, que não seria um dado empírico imediato, mas um instrumento conceitual de trabalho imprescindível para a compreensão das expressões imediatas do pensamento, aprofunda a questão das representações sociais em Marx.

Afirma Lukács que as classes sociais estão relacionadas por um fundamento econômico essencial para a vida ideológica dos homens, porque os homens dedicam a maior parte de suas atividades e preocupações para garantir a existência.

Em síntese, como nos ensina Minayo (1998), a Escola Marxista coloca a base material como o denominador comum das “representações sociais”. Porém, também introduzem na análise a condição de classe, ou seja, a classe dominante tem suas idéias elaboradas em sistemas e as classes dominadas também possuem idéias e representações que procuram refletir seus interesses, mas numa condição de subordinação.

Bakhtin (1986, p.36), na sua obra *Marxismo e Filosofia da Linguagem*, nos fala que “a palavra é o fenômeno ideológico por excelência. A palavra é o modo mais puro e sensível de relação social”, ou seja, pela sua vinculação dialética com a realidade, pelo fato de sua compreensão exigir ao mesmo tempo a compreensão

das relações sociais que ela transmite, a grande mediação para a compreensão das representações sociais é sem dúvida a linguagem.

Em síntese, a respeito da utilização da metodologia dialética marxista, poderíamos afirmar que, na área da saúde, a posição marxista em relação às outras linhas de pensamento (positivismo e fenomenologia) toma o caráter de luta ideológica e política repercutindo nos movimentos sociais e recebendo influência dos mesmos em relação às questões consagradas e emergentes, isso ocorre em virtude da saúde ser um campo que de forma imediata junta a teoria e a prática.

2.3 – QUADRO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO

Este trabalho descreve e contextualiza as características políticas que o processo de construção do SUS assume em Blumenau usando como referência o desenvolvimento sócio político e econômico de Blumenau, o desenvolvimento das políticas de saúde em nosso país, notadamente o processo político, social e institucional de reestruturação dos serviços de saúde no Brasil, a partir da década de 80, na busca de uma nova ordem social, fundada na universalidade, hierarquização e descentralização.

Uma das diferenças importantes entre a pesquisa qualitativa e a quantitativa refere-se à determinação da população e da amostra.

Segundo Triviños (1987), a investigação positivista fez da definição da amostra um processo complexo, difícil e sofisticado – geralmente determinado através da estatística – com o objetivo de estabelecer conclusões com poder de generalização. Por outro lado, na investigação qualitativa a principal preocupação não é com o tamanho da amostra, mas sim, com o aprofundamento do estudo de cada unidade. Assim pode-se decidir intencionalmente o seu tamanho. O investigador pode até mesmo, investigar profundamente um único caso, como referido no estudo de caso.

Bogdan & Biklen (1994) enfatizam que geralmente a amostra na pesquisa qualitativa deve ser pequena e não necessita ser representativa (diferente dos

molde da quantitativa). Ainda comentam que estas decisões não podem ser consideradas corretas ou incorretas em si, representam apenas uma escolha.

Blumenau, desde a criação da sua Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar, posteriormente Secretaria Municipal Saúde, no início dos anos 70, apresentou seis ocupantes efetivos do cargo de secretário municipal da área. Dos quais quatro, até 1996, ano de corte do nosso estudo. Por tanto nossa população fonte era composta, inicialmente, por quatro ex-gestores municipais de saúde, porém um deles, o quarto Secretário, Luiz Eduardo Caminha, do período 1993 a 1996, não se disponibilizou a dar entrevistas e entrevistamos então, o seu primeiro Diretor de Saúde, o médico Gilson Cândido. Resolvemos no decorrer do trabalho, por considerá-lo ator imprescindível para a compreensão do processo de construção do SUS, em Blumenau, entrevistar, Amandio Castellain, membro do Conselho Municipal de Saúde de Blumenau desde a sua origem e seu atual presidente.

Utilizamos, dois instrumentos de coleta de materiais:

- a) análise documental a respeito do SUS em Blumenau, aqui incluídos 50 atas de reuniões (45 de reuniões ordinárias e 05 de reuniões extraordinárias) do Conselho Municipal de Saúde de Blumenau, no período de 1992 a 1996, Leis, planos municipais de saúde, relatórios de conferências municipais de saúde, relatórios de gestão, dados históricos, demográficos, culturais, sócio-econômicos, financeiros, indicadores de saúde, etc., ou seja, “toda fonte de informações já existente, à qual um pesquisador pode ter acesso” (Contandriopoulos, 1997, p.74).
- b) entrevista semi-estruturada com 03 ex-secretários municipais de saúde do município, 01 ex-diretor de saúde e 01 conselheiro, que hoje preside o Conselho Municipal de Saúde.

Entre os diversos procedimentos de técnica de abordagem do trabalho de campo, sem dúvida, a entrevista é a mais usual (Cruz Neto, 2000, p. 57). Segundo Haguette (1999, p. 86), a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas, no caso, o entrevistador e o entrevistado, ou,

como afirma Cruz Neto (2000, p. 57), uma conversa a dois com propósitos bem definidos.

Utilizamos a técnica de entrevista semi-estruturada, que segundo Triviños (1987), é aquela que parte de alguns questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que permitirão o surgimento de novas hipóteses a medida que se obtém as respostas do entrevistado, porém não fomos rígidos na aplicação da técnica, realizando em determinadas entrevistas outras perguntas de acordo com o contexto histórico em que o entrevistado atuou e permitindo que os entrevistados tivessem liberdade para complementar com fatos que considerassem relevantes.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas e encontram-se arquivadas em fitas cassetes. O formulário da entrevista semi-estruturada, que foi aplicado, consta como anexo no final do presente trabalho (anexo I). Além disto, os entrevistados assinaram termo de consentimento livre esclarecido, bem como autorização, concordando com sua participação no presente estudo (anexo II).

Para a melhor compreensão dos dados da pesquisa e para melhor situá-los no conjunto das determinações sociais, tomei como base os aspectos da análise hermenêutico-dialético, proposta de interpretação qualitativa sistematizada por Minayo (1998), que possui como ponto de partida o interior da fala e como ponto de chegada o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala.

Esta proposta de interpretação vem sendo construída a partir da década de sessenta, apresentando como seus maiores interlocutores, Habermas e Gadamer. O que aponta o estabelecimento de uma articulação entre as ciências sociais e a filosofia, “como um caminho do pensamento” (Minayo, 1998, p. 218).

A hermenêutica significa a explicação e interpretação de um pensamento, que só pode ser compreendido através da linguagem, como núcleo central e finito da comunicação. “A hermenêutica é a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos: ser que pode ser compreendido é linguagem” (Gadamer, apud Minayo, 1998, p.220).

Habermas, por outro lado, propõe a complementariedade com a dialética a partir da própria realidade e afirma: “tanto o sujeito que comunica como aquele que o interpreta são marcados pela história, pelo seu tempo, pelo seu grupo” (Habermas, apud Minayo, 1998, p.222).

Para Minayo (1998, p. 227) “a união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico”.

De acordo com Stein (1983, p. 26) “o método dialético e o método hermenêutico, o primeiro partindo da oposição e o segundo da mediação, constituem momentos necessários na produção de racionalidade e desta maneira operam indissolúvelmente como elementos de uma unidade”.

Inclusive Stein (1983) coloca ainda que o projeto de Marx de crítica da economia política, bem como sua crítica das ideologias, opera com instrumental hermenêutico.

Tanto a hermenêutica como a dialética, trazem em si a idéia das condições históricas do trabalho do pensamento, não sendo simples ferramentas do pensamento, mas modos através dos quais ele sabe da participação da razão em tudo aquilo que ela conhece, são portanto a afirmação extrema do significado prático da razão humana, porque ambos os métodos possuem a práxis como objeto e porque não há práxis sem que pressuponha os horizontes do pensamento dialético e hermenêutico (Stein, 1983).

Segundo Cruz Neto (2000, p.77) este método apresenta dois pressupostos principais, o primeiro traz a idéia “de que não há consenso e nem ponto de chegada no processo de produção do conhecimento e o segundo nos remete ao fato de que a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta”.

O método possui dois níveis de interpretação, o primeiro é o das determinações sociais, dizendo respeito à conjuntura sócio-econômica e política na qual se situa o grupo social a ser estudado; a história e a política que se relaciona a esse grupo. O segundo nível de interpretação está centrado no

encontro que realizamos com os fatos surgidos na investigação, sendo aspectos a considerar as comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, a análise das instituições e a observação de cerimônias e rituais.

Nesse sentido foram estabelecidos confrontos em diferentes níveis de análise em duas dimensões, repetindo procedimento adotado por Assis (1998):

- a) confronto entre falas dos entrevistados e a sua inserção nas políticas de saúde em geral;
- b) confronto entre as falas e os documentos com a conjuntura sócio-econômica.

Sendo assim, baseado nos ensinamentos de Minayo (1998, 2000) e repetindo o trabalho de Assis (1998), percorremos alguns passos:

- Ordenação dos dados com transcrição das entrevistas gravadas; releitura das mesmas e organização dos dados obtidos em dois grupos, um primeiro com a fala dos entrevistados e um segundo com os dados da análise documental.
- Classificação dos dados a partir dos seguintes aspectos de análise: a articulação entre os diferentes níveis dos serviços de saúde e a sociedade; os avanços realizados, os não realizados, os aliados e adversários dos projetos. A partir desses pontos, utilizando as estruturas de relevância das falas dos entrevistados, estruturei o *corpus* de comunicações a partir destes aspectos de análise percebidos nos diferentes discursos analisados e utilizei categorias empíricas que neste caso foram: organização dos serviços de saúde, municipalização dos serviços de saúde, participação política, concepção de sociedade, controle social. Realizou-se confronto entre os depoimentos e posteriormente confronto destes com os documentos e finalmente foram relacionados com o referencial teórico e outras experiências concretas sobre o problema estudado.

Nas compreensões acima, teoria e realidade, são concebidas numa constante relação dialética, na medida em que a realidade informa a teoria que a antecede, permitindo percebê-la e formulá-la num processo infinito de aproximação e distanciamento.

(...) A teoria domina a construção do conhecimento através de conceitos gerais provenientes do momento anterior. Seu aprofundamento, de forma crítica, permite desvendar dimensões não pensadas a respeito da realidade que não é evidente e que não se dá: ela se revela a partir de interrogações elaboradas no processo de construção teórica (Minayo, 1998, p. 92).

Ainda em relação a esta pesquisa, Haquete (1999), chama atenção para alguns fatores que poderiam gerar alterações nos resultados apresentados:

- o viés sociocultural do observador, a partilha por parte do pesquisador da mesma perspectiva e valores com os fenômenos observados por este;
- o viés profissional/ideológico induzindo a seleção dos fenômenos observados conforme seu referencial;
- o viés emocional do observador, conduzindo a confirmação de suas idéias prévias à pesquisa;
- o viés normativo acerca do comportamento humano, favorecendo a construção de juízos de valores que poderão prejudicar não só a coleta dos dados, assim como a sua análise e discussão.

Diante dessas evidências, torna-se óbvia a minha não neutralidade como pesquisador e da minha sua escolha, no sentido de efetivamente contribuir com conhecimentos acerca do Sistema Único de Saúde de Blumenau.

Finalizo com a sugestão de Minayo (1998, p.238) inspirada na idéia de pesquisa estratégica enfatizada por Bulmer para a área de políticas públicas, que “(...) se chegue à conclusão do trabalho com pistas de indicações que possam servir de fundamento para propostas de planejamento e avaliação de programas, revisão de conceitos, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades”.

3. A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

“A crise consiste precisamente no fato de que o velho esta morrendo e o novo não consegue nascer: neste interregno uma grande variedade de sistemas mórbidos aparece” (Gramsci).

Para estudarmos a construção do Sistema Único de Saúde, em Blumenau e em nosso país, necessário se faz, primeiramente, entendê-lo inserido num processo de determinação social enquanto proposta vinculada às políticas sociais, como um desdobramento das relações entre o Estado e a sociedade.

Por tanto, antes de entrarmos no seu estudo propriamente dito, devemos estudar a municipalização da saúde e mesmo que rapidamente, comentarmos algo a cerca do surgimento do Estado moderno, da concepção de poder e da descentralização dos serviços de saúde.

3.1 - A CONCEPÇÃO DE ESTADO, PODER, POLITICA E PLANEJAMENTO

Poder, política e Estado são conceitos, que muitas vezes, se confundem e desde a sua origem, a análise do Estado moderno é inseparável da discussão do poder (Giovanella 1992).

Bobbio (1992, p.76) chega a afirmar que “aquilo que Estado e política têm em comum é a referência ao fenômeno do poder, sendo inclusive esta a razão da sua intercambialidade”.

Buscamos em Gruppi (1998, p. 07) a definição moderna de que o Estado é “um poder político que se exerce sobre um território e um conjunto demográfico (isto é uma população, ou um povo) e (...) é a maior organização política que a humanidade conhece”.

Em 1513, em “O Príncipe” de Maquiavel aparece, pela primeira vez, a denominação “Estado” (derivada do latim *status* que significa estar firme), indicando uma sociedade política (Dallari, 1985) e naquela obra encontramos esta afirmação: “Todos os Estados, todas as dominações que tiveram e têm império sobre os homens foram e são repúblicas ou principados” (Gruppi, 1998, p. 8).

Desde o seu nascimento o Estado moderno, a partir de três características, se diferencia dos Estados do passado. A primeira é sua “plena soberania”, ou seja, sua autoridade não depende de nenhuma outra autoridade. A segunda é que ele se torna uma “organização distinta da sociedade civil”, embora seja, o Estado, expressão desta. Finalmente, existe uma “identificação absoluta entre o Estado e o monarca, o qual representa a soberania estatal” (Gruppi, 1998, p. 10).

Diversas teorias procuram explicar a formação originária do Estado e nos filiamos àquelas que defendem a sua origem em causas econômicas ou patrimoniais e destas “a de maior repercussão prática foi e continua sendo a de Marx e de Engels” (Dallari, 1985, p. 48).

Com a concepção marxista, surge como coloca Gruppi (1998, p. 30) “uma visão crítica do Estado”. Uma crítica à concepção hegeliana do Estado que foi sintetizada pelo próprio Marx (1982, p. 129) no prefácio de “Contribuição para a crítica da Economia Política”, onde afirma:

Minha investigação desembocou no seguinte resultado: relações jurídicas tais como formas de Estado, não podem ser compreendidas nem a partir de si mesmas, nem a partir do assim chamado espírito humano, mas pelo contrário, elas se enraízam nas relações materiais de vida, cuja totalidade foi resumida por Hegel sob o nome “sociedade civil”, (...), mas que a anatomia da sociedade burguesa deve ser procurada na Economia Política.

Marx, não desenvolveu uma única e coerente teoria do Estado, as suas concepções devem ser deduzidas das críticas a Hegel, do desenvolvimento da sua teoria sobre a sociedade e de suas análises de situações históricas específicas, além disso, há a obra de Engels, “A origem da família, da propriedade privada e do Estado” e “O Estado e a revolução”, de Lênin (Carnoy, 2000).

Apesar da variedade de interpretações possíveis, a partir dessas fontes, os teóricos marxistas “(Carnoy, 2000, p.65).

Bobbio (1982, p. 22) extrai os três elementos fundamentais da doutrina marxiana e engelsiana do Estado:

- “O Estado como momento secundário ou subordinado com relação à sociedade civil”;

- “O Estado como instrumento de dominação de classe”;
- “O Estado como aparelho coercitivo”.

Em primeiro lugar, para Marx, o Estado surge “das relações de produção e não do desenvolvimento geral da mente humana ou do conjunto das vontades humanas”, ou seja, os fundamentos da “estrutura social e da consciência humana” de uma sociedade, são determinados pelas suas “condições materiais” (Carnoy, 2000, p.65).

A sociedade é moldada pelo modo dominante de produção e pelas relações inerentes a esse modo e não é o Estado que molda a sociedade, porém, é esta que o molda. Na realidade Marx coloca o Estado em seu contexto histórico e o submete a uma concepção materialista da história (Carnoy, 2000).

Em segundo lugar, o Estado seria a expressão política da dominação da sociedade capitalista pela burguesia, ou seja, o moderno Estado capitalista é um instrumento essencial de dominação de classes (Carnoy, 2000).

Finalmente, o terceiro ponto fundamental na teoria do Estado de Marx é que na sociedade capitalista “o Estado representa o braço repressivo da burguesia e surge como parte da divisão do trabalho, (...) das diferenças entre os grupos na sociedade e da falta do consenso social” (Carnoy, 2000, p.70).

Nas análises históricas realizadas por Marx e Engels, a origem do Estado e conseqüentemente a determinação do poder são resultado da “divisão da sociedade em classes, pela apropriação privada dos meios de produção, classes definidas pelos diferentes lugares ocupados nas relações de produção” (Giovanella 1992, p.53) e sendo assim, “(...) a função do Estado é precisamente a de conservar e reproduzir tal divisão, garantindo assim que os interesses comuns de uma classe particular se imponham como o interesse geral da sociedade” (Coutinho, 1999, p.123-124).

Ainda segundo Coutinho (1999, p.124) Marx, Engels e também Lênin “identificam o Estado – a máquina estatal - com o conjunto de seus aparelhos repressivos”, indicando na repressão o principal modo com que o Estado faz valer sua natureza de classe.

Na realidade, o Estado capitalista, desde os seus primórdios, voltou-se para os interesses da classe dominante, para os interesses do capital.

Engels, na obra já citada, em um capítulo em que se refere à deterioração da convivência harmônica aponta como causas à acumulação e a diferenciação das riquezas e conclui:

Faltava apenas uma coisa: uma instituição que não só assegurasse as novas riquezas individuais contra as tradições comunistas da constituição gentilícia; que não só consagrasse a propriedade privada, antes tão pouco estimada, e fizesse dessa consagração santificadora o objetivo mais elevado da comunidade humana, mas também imprimisse o selo geral do reconhecimento da sociedade às novas formas de aquisição da propriedade, que se desenvolviam umas sobre as outras – a acumulação, portanto, cada vez mais acelerada de riquezas: uma instituição que, em uma palavra, não só perpetuasse a nascente divisão da sociedade em classes, mas também o direito de a classe possuidora explorar a não-possuidora e o domínio da primeira sobre a segunda. E essa instituição nasceu. Inventou-se o Estado (Engels, 1987, p. 120).

Lênin, na sua obra “O Estado e a revolução”, retoma integralmente a posição de Marx de que “o Estado é uma máquina para o exercício do poder, e afirma: todo Estado é uma ditadura de classe” (Gruppi, 1998, p. 66)

Com o passar do tempo a sociedade e o Estado tornam-se mais complexos, assim como as análises marxistas sobre o Estado e o poder.

Em Gramsci, que vive uma outra situação histórica e também geográfica, o Estado em sentido amplo comporta duas esferas principais, ambas situadas na superestrutura: *a sociedade política*, constituída pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência ou aparato de coerção ou de domínio e; *a sociedade civil*, a maior parte da superestrutura, formada pelo aparato de hegemonia, ou seja, o conjunto das organizações responsáveis pela elaboração ou difusão das ideologias (Portelli, 1990; Bobbio, 1992; Coutinho, 1999; Simionatto, 1999).

O Estado não é mais concebido como um mero comitê da classe burguesa, mas sim como espaço de conflito, de contradições, espaço este, em que as lutas sociais e políticas que ocorrem na sociedade, irão se condensar.

Como coloca Simionatto (1999, p. 64): “ (...) pode-se concluir que o ponto de chegada para o Marx do manifesto comunista é exatamente o ponto de partida para Gramsci. Se, para o primeiro, o Estado é um aparelho coercitivo, instrumento de dominação, para o segundo o Estado não é algo impermeável às lutas de classe, mas é atravessado por elas”.

Gramsci não renega os pressupostos da teoria do Estado de Marx, Engels e Lênin, mas os enriquece, ampliando o próprio conceito de Estado, propondo-o “como perspectiva para a análise das sociedades contemporâneas mais desenvolvidas” (Simionatto, 1999, p.65).

O conceito de Estado em Gramsci leva a conceituar hegemonia, como o predomínio cultural e ideológico, apropriado por uma classe, que é exercido sobre o conjunto da sociedade civil, articulando seus interesses particulares com as demais classes, de forma que eles venham a se constituir em interesses gerais (Gramsci, 1981; Portelli, 1990; Bobbio, 1992; Coutinho, 1999; Simionatto, 1999).

Gramsci (1974, p.303), explica do seguinte modo essa relação: “A hegemonia pressupõe que se tenham em conta os interesses e as tendências dos grupos sobre os quais esta hegemonia será exercida, que se forme um certo equilíbrio de compromisso, isto é, que o grupo dirigente faça sacrifícios de ordem econômico-corporativa, mas não há dúvida também de que tais sacrifícios e tal compromisso não podem dizer respeito ao essencial...”

Coutinho (1999, p. 68) inclusive afirma que “o problema da hegemonia, da conquista do consenso, é a questão de centro da estratégia gramsciana de transição para o socialismo”.

Para Carnoy (2000 p.95), o conceito gramsciano de hegemonia tem dois significados principais:

O primeiro é um processo na sociedade civil pelo qual uma parte da classe dominante exerce o controle, através de sua liderança moral e intelectual, sobre outras frações aliadas da classe dominante. A fração dirigente detém o poder e a capacidade para articular os interesses das outras frações. [...] O segundo é a relação entre as classes dominantes e as dominadas. A hegemonia compreende as tentativas bem sucedidas da classe dominante em usar sua liderança política, moral e intelectual para impor sua visão de mundo como inteiramente abrangente e universal, e para moldar os interesses e as necessidades dos grupos subordinados.

A respeito da concepção de hegemonia, Simionato (1999, p.40) ensina que a mesma nos envia “ao esclarecimento das relações entre infra-estrutura e superestrutura, à forma como as classes sociais se relacionam e exercem as suas funções no interior do bloco histórico”.

Gramsci desenvolve o seu conceito de bloco histórico emitindo sua própria teoria sobre as relações entre a base material e as idéias.

A hegemonia tende a construir um bloco histórico, ou seja, a realizar uma unidade de forças sociais e políticas diferentes; e tende a conservá-las juntas através da concepção do mundo que ela traçou e difundiu. [...] A luta pela hegemonia deve envolver todos os níveis da sociedade: a base econômica, a superestrutura política e a superestrutura ideológica (Gruppi, 2000 p.78).

Em síntese, o poder exercido em um Estado ampliado é poder de classe, mas não se mantém somente pela violência, é resultado de um “misto de repressão e ideologia, domínio e direção, coerção e hegemonia” (Giovanella 1992, p.54).

Como formas de tomada do poder, dois exemplos clássicos da história podem ser citados: as estratégias de tomada do poder – uma via revolucionária que emprega a força – e a guerra de trincheiras – uma via que propõe a construção de uma contra-hegemonia.

Para Gramsci, essas duas vias são a guerra de movimento e a guerra de posição, respectivamente. A guerra de posições diz respeito ao amadurecimento do conflito de classes de forma organizada quando a luta aberta não é possível ou quando é necessário preparar suas condições. Visa à subversão da estrutura e do bloco dominante; não significa imobilismo, mas sim a conquista lenta e progressiva na complexa luta política (Macchiocchi, 1976). Estas noções serão retomadas e ampliadas por Togliatti através do conceito de “Democracia Progressiva” (Oliveira, 1987, p.369; Gruppi, 1998, p.106), o qual por sua vez estará associado ao conceito, um pouco mais contemporâneo, de “Democracia de Massas” utilizado por Pietro Ingrao na sua obra “As massas e o poder” (Oliveira, 1987, p. 369).

E já que estamos falando em poder, para Giovanella (1990, p.141) poder “é uma relação social que, na sociedade dividida em classes, tem os seus fundamentos nas relações de produção e na divisão social do trabalho”. É exercido em um Estado ampliado, resultado de uma relação de forças entre classes e frações de classes. Pode ser sustentado pela repressão e pelo consentimento, pela coerção e pela persuasão. Poder é luta, é relação de controle e sujeição na luta poder-resistência, macro-exercido nas relações entre classes e

grupos sociais e, micro-exercido nas relações entre pessoas. O poder social não é só poder de Estado, mas se articula ao Estado. É relação sempre desigual, presente em todas as relações sociais, com base material ou não. As relações de produção e a divisão social do trabalho determinam as relações de poder e, ao mesmo tempo, fundamentam a contradição que produz conflito.

Portanto a idéia de poder está intimamente ligada ao Estado e assume concretude quando se utiliza, da coação ou violência, para manter a ordem social.

Bobbio (1992 e 2000) classifica o poder nas sociedades modernas em três grandes classes: econômico, ideológico e político. O primeiro utiliza-se da posse de determinados bens a induzir os que não possuem e dele necessitam, a adotar o comportamento que os que detêm desejam. O segundo vale-se da influência das idéias, que expressas e definidas sob certas circunstâncias e mediante certos processos influenciam a conduta dos que dela são alvos. Finalmente o poder político é o que recorre a força para fazer valer sua vontade, é o poder coator no sentido mais estrito da palavra. Todas estas três formas de poder fundamentam e mantêm uma sociedade de desiguais, isto é, dividida em ricos e pobres com base no primeiro, em sábios e ignorantes com base no segundo, em fortes e fracos, com base no terceiro: genericamente, em superiores e inferiores.

Para Testa¹, pensar uma vontade coletiva enquanto ação transformadora significa pensar a relação de poder não apenas como repressão, mas também como ideologia, e esta seria uma relação dialética entre saber e prática, assim como comportamento e consciência, prática e concepção de mundo são inseparáveis (Giovanella, 1990).

Em Testa, o poder é uma categoria explicativa da realidade e o pensamento estratégico objetiva alterar as relações de poder - capacidade de uma classe social de realizar seus objetivos históricos. Mas não é só capacidade, é também relação - cujo resultado é sempre algo novo, diferente dos interesses

¹ Mário Testa, médico argentino, participou do grupo que desenvolveu o método de planificação em saúde conhecido por Cendes/OPS, em 1965, ao qual realiza uma autocrítica que o leva, posteriormente, as suas formulações teóricas. Escreve diversos trabalhos durante as décadas de 70 e 80, porém seu livro Pensar em Saúde só será editado no Brasil, pela editora Artes Médicas em 1992. Em 1995, edita pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e pela editora Hucitec, Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: o caso da saúde. Outra obra importante de sua autoria, Saber em Salud: la construcción Del conocimiento, continua inédita em português.

estritos de cada participante - que constrói a sociedade e é intrinsecamente ligada ao Estado.

Testa considera a existência de tipos de poder, quando analisa os setores de atividade dos atores sociais (aqui, o setor saúde).

Assim, entende por poder técnico a capacidade de gerar, aprovar e manipular informação de diferentes características e, por poder administrativo, a capacidade de apropriar-se e de alocar recursos. Já o poder político é a capacidade de desencadear uma mobilização que depende, basicamente, de uma visão de realidade, de um saber, empírico ou científico (Testa, 1989, 1992).

Este saber é que constrói a auto-referência identificada por Matus². Para Testa, o poder enquanto prática ideológica traduz-se como dominação (submissão de uns a outros) e como hegemonia - capacidade de viabilização de um projeto.

Segundo Da Silva (2001) há uma relação estreita entre política e poder, que se situa no limite entre decidir o que fazer, que estaria no campo da política e impor essa decisão aos outros, o que se encontraria no campo do poder. Essa relação une o exercício do poder político à "luta pelo poder", ou seja, ao conflito.

Aqui o significado de política é aquele definido por Bobbio (1995, p.954): "atividade ou conjunto de atividades que, de alguma maneira, têm como termo de referência a polis, ou seja, o Estado". Deriva da origem clássica do adjetivo *pólis* (*politikós*), que significa tudo o que se refere à cidade e, conseqüentemente, o que é urbano, civil, público, e até mesmo sociável e social.

A política existe em virtude de existirem conflitos entre os homens e os grupos sociais, realizando o papel de intermediária desses conflitos. A "política pública é a única, em decorrência de sua associação com o poder político, que detém o monopólio do uso da força, quando necessário, neste processo de intermediação" e independentemente do conceito que se utilize para definir as políticas públicas é importante considerá-las como relacionadas ao processo de tomada de decisões pelo Estado. As autoridades políticas, por meio do uso do

² Carlos Matus economista chileno, foi ministro da Economia e assessor direto de Salvador Allende, ministrou a cátedra de política econômica em órgãos como a *Comissão Econômica para a América Latina* (CEPAL) e o *Instituto Latino Americano de Planificación y Desarrollo* (ILDES). Esteve preso após o golpe militar chileno de 1973 e posteriormente foi para o exílio, onde presidiu a Fundação ALTADIR, empresa de consultoria que atuou junto a órgãos governamentais de países latino americanos. Desenvolveu o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e publicou vários livros.

poder de que dispõem, conseguem que estas decisões sejam acatadas como valores que atingem a toda a sociedade (Da Silva, 2001, p. 122).

Da Silva (2001, p.122), baseado no estudo “formulación de políticas de salud” da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), publicado em 1975, define processo político e sistema político:

As interações e as relações sociais que conduzem às decisões políticas e ao controle e à revisão dessas decisões, constituem o que se denomina processo político, ao passo que os componentes e as estruturas nos quais o processo se realiza constituem o sistema político da sociedade. Nas sociedades modernas nem sempre é fácil distinguir o sistema político do todo social, razão por que "o [sistema] político pertence ao todo social e está perfeitamente inserido nele" (Opas, 1975:6). Igualmente difícil é identificar, com clareza, os distintos processos políticos que conduzem às decisões e às formulações de políticas. Esses processos podem ocorrer nos espaços oficialmente designados pelo sistema político, mas também podem ocorrer em fóruns extra-oficiais, nos quais atores influentes utilizam seu poder para influir nas decisões políticas. (Grifos do autor)

No âmbito da política em si, dois processos políticos merecem destaque: o sistema de decisões e o sistema de participação política. Esses dois sistemas e o assunto em pauta, ou seja, o assunto ao qual se refere a política, estruturam-se e interagem num processo permanente.

O sistema de decisões é formado pelo processo político ou, pelo conjunto de processos políticos que conduzem à formulação e à implementação das ações que devem promover a efetivação da política e se constitui em um dos dois elementos básicos das políticas públicas. O outro elemento básico das políticas públicas é a imagem-objetivo que, representa a finalidade última da política.

Segundo Da Silva (2001), as políticas públicas se dividem em dois grandes grupos: as sociais e as econômicas ou não sociais, as primeiras estão centradas nos processos de distribuição e as últimas nos processos de acumulação, embora a distinção, entre elas, nem sempre seja fácil.

Política social é um tema complexo e muito discutido no âmbito das ciências sociais, da ciência política e da economia política. Em geral, reconhece-se que a existência de políticas sociais é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se (Behring, 2000).

As determinações históricas e sociais fizeram emergir, desde o surgimento do Estado moderno, três modalidades de proteção social, marcadas por diferentes contextos: a assistência social; o seguro social; e a seguridade social (Teixeira, 1989).

A “assistência social” foi uma das primeiras medidas de proteção social, originada num contexto rigorosamente liberal, relacionada a uma cidadania invertida, já que reconheceria que o indivíduo não tem capacidade de exercer sua condição de cidadão. Sua base institucional-assistencial é inspirada na caridade pública e na ausência de uma formalização do direito ao benefício (Assis, 1998).

O “seguro social” reconhece o trabalhador produtivo como uma ocupação oficialmente formalizada, estabelecendo uma relação jurídica contratual no asseguramento dos seus direitos sociais. Relaciona os benefícios sociais na mesma proporção à contribuição efetuada, obedecendo a lógica de acumulação do capital e constituindo-se também numa cidadania invertida (Assis, 1998).

Finalmente, a “seguridade social” que propõe o “Estado de Bem Estar Social”, com o fornecimento do mínimo vital para todos os cidadãos. Rompe com as concepções de proteção social com base na evidência da necessidade ou de uma relação contratual (Assis, 1998). Seria, de acordo com Teixeira (1989, p. 45) a “cidadania plena”, assegurada através de “um projeto de redefinição das relações sociais em direção a redistribuição de renda e portanto equidade e justiça social para todos”.

Embora exista um certo consenso em torno do final do século XIX como período de criação das primeiras legislações e medidas de proteção social, com destaque para a Alemanha e a Inglaterra, após um intenso e polêmico debate entre liberais e reformadores sociais humanistas, a generalização de medidas de seguridade social no capitalismo, no entanto, se dará no período posterior à Segunda Guerra Mundial, no qual assiste-se à singular experiência de construção do *welfare state* em alguns países da Europa Ocidental (com destaque para o plano Beveridge) acompanhada de diversos e variados padrões de proteção social, tanto nos países de capitalismo central, quanto na periferia (Behring, 2000).

A política social, tal como é possível concebê-la hoje, não foi um tema dos tempos de Marx. No entanto, pode-se encontrar, em Marx e nos desenvolvimentos

da tradição marxista que o sucederam, valiosas indicações para sua abordagem. Mesmo porque a tradição marxista acompanhou, de um mirante crítico, histórico, dialético e materialista (Lowy, 1987), as transformações da sociedade burguesa: desde os tempos do *laissez-faire* liberal, entrando pelo período da regulamentação keynesiana associada ao fordismo no mundo da produção, até os dias de hoje, com a chamada *acumulação flexível* (Harvey, 1993) e o neoliberalismo.

Para Marx, como já vimos, os fenômenos sociais são a síntese de muitas determinações, o que exige romper os reducionismos, as monocausalidades e a fragmentação. Busca-se uma leitura abrangente e totalizadora, no sentido de reconstruir no pensamento os processos que delineiam um determinado fenômeno social, seja ele um movimento social, um padrão de proteção social, uma formação social. A questão da política social é sempre um resultado que envolve mediações complexas - socioeconômicas, políticas, culturais e atores/forças sociais/classes sociais que se movimentam e disputam hegemonia nas esferas estatal, pública e privada (Faleiros, 1986).

Nessa perspectiva, a tradição marxista oferece uma leitura da dinâmica da sociedade burguesa, de como ela se produz e reproduz e, dentro disso, de como a desigualdade social é inerente a estas relações sociais (Marx, 1978; Marx e Engels, 1998).

Parece clara a incompatibilidade estrutural entre acumulação e equidade, o que atribuiria à experiência *welfareana* um caráter histórico e geopolítico historicamente situado, resultado de um conjunto de determinações estruturais e conjunturais, envolvendo escolhas político-econômicas. Mesmo nos países onde obteve maior êxito, o *welfare* não conseguiu oferecer igualdade de condições (Behring, 2000).

Para a tradição marxista, produção, distribuição e consumo são momentos político-econômicos necessariamente articulados, em que o valor se produz e se reproduz, e nos quais está também a fonte da desigualdade. Se o Estado amplia suas funções (Gramsci, 1984; Coutinho, 1999; Simionatto, 1999) e, sob a hegemonia do capital, se apropria do valor socialmente criado e realiza regulação econômica e social, isso não significa eliminar as condições de produção e reprodução da desigualdade.

Segundo Behring (2000, p. 32):

O que move o capital é a busca de lucros, ou seja, a extração do máximo de mais-valia, a partir dos simultâneos processos de trabalho e valorização que integram a formação do valor das mercadorias, o qual se realiza na esfera da circulação. Em diferentes contextos históricos a circulação ocorre a partir: do grau de articulação planetária do mercado mundial; dos níveis de desenvolvimento e generalização das forças produtivas; e, ainda dos níveis de consciência e organização das classes sociais e seus segmentos. A busca de lucros adquiriu forma específica em cada período do modo de produção capitalista: o capitalismo concorrencial (século XIX), o imperialismo clássico (fins do século XIX até a Segunda Guerra Mundial) e o capitalismo tardio (pós 1945 até os dias de hoje). As políticas sociais se multiplicam após um longo período depressivo, que se estende de 1914 a 1939, e se generalizam no início do período de expansão após 1945, o qual teve como substrato a própria guerra e o fascismo, e segue até fins da década de 60.

Diante disso, o Estado, mesmo tendo à sua disposição parcela considerável do valor socialmente criado e um controle maior dos elementos do processo produtivo e reprodutivo, vai perder gradualmente a efetividade prática de sua ação. “Para o capital, a regulação estatal só faz sentido quando gera um aumento da taxa de lucros, intervindo como um pressuposto do capital em geral” (Behring, 2000, p. 35).

Torna-se explicável, portanto, a preconização por parte do neoliberalismo de mudanças nos modos de produzir e distribuir os bens e serviços sociais, numa lógica privada com mecanismos ágeis e eficientes em atender as demandas aptas a se inserirem em alguma forma privada de produção de serviços (Draibe, 1993).

Portanto como coloca Behring (2000, p. 36-7), após este percurso, é possível afirmar, com base na crítica marxista:

(...) que a política social não se fundou nem se funda, sob o capitalismo, numa verdadeira redistribuição de renda e riqueza. Observa-se que a política social ocupa certa posição político-econômica, a partir do período histórico fordista-keynesiano. Percebe-se que a economia política se movimenta historicamente a partir de condições objetivas e subjetivas e, portanto, o significado da política social não pode ser apanhado nem exclusivamente pela sua inserção objetiva no mundo do capital nem apenas pela luta de interesses dos sujeitos que se movem na definição de tal ou qual política, mas, historicamente, na relação desses processos na totalidade. Sem esse olhar, pode ficar prejudicada a luta política em torno das demandas concretas dos trabalhadores, frequentemente obstaculizadas, pela alardeada escassez de recursos.

Dessa forma, com o recrudescimento da barbárie, a luta no terreno do Estado - espaço contraditório, mas com hegemonia do capital - requer clareza sobre as múltiplas determinações que integram o processo de definição das políticas sociais, o que pressupõe qualificação teórica, ético-política e técnica. Constata-se, que a política social - que atende às necessidades do capital e, também, do trabalho, já que para muitos trata-se de uma questão de sobrevivência - configura-se, no contexto da estagnação, como um terreno importante da luta de classes. Trata-se da defesa de condições dignas de existência, face ao recrudescimento da ofensiva capitalista em termos do corte de recursos públicos para a reprodução da força de trabalho.

Outro aspecto importante na discussão deste capítulo é o planejamento participativo em saúde que, também diz respeito à incorporação de novos atores ao processo decisório (Da Silva, 2001).

Para os já citados Matus e Testa, as questões relativas à distribuição do poder representam um ponto central para o planejamento estratégico, seja no âmbito das instituições governamentais ou das relações que estas estabelecem com o restante da sociedade.

A compreensão do poder como um recurso que pode ser acumulado pelos atores à medida que se legitimam pelas suas idéias faz do planejamento estratégico uma forma organizativa democrática, que permite incorporar novos atores ao processo social e ampliar as possibilidades de mudança frente a grupos hegemônicos.

No setor saúde, isto se traduz na abertura do setor à participação direta da população, que se constitui em ator coletivo no processo de construção dos Sistemas Municipais de Saúde, através dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

É nesse sentido que o planejamento participativo oferece, dentro do enfoque estratégico, uma base conceitual e operacional para a reorganização dos processos de trabalho das equipes de saúde e não é por casualidade que o enfoque estratégico do planejamento tem sido entendido como o instrumento mais adequado para as equipes de saúde organizarem suas práticas no Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva de dificuldades, o planejamento estratégico, tanto no nível local quanto nos níveis diretivos das instituições de saúde, é um instrumental poderoso para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Paim (1997, p.03) considera o planejamento em saúde “uma prática social intimamente vinculada à acumulação e à distribuição do poder no âmbito da saúde e da sociedade”.

O planejamento participativo estratégico chega ao setor saúde, oriundo de três linhas de pensamento: o pensamento estratégico em saúde de Mario Testa; o planejamento estratégico situacional de Carlos Matus e a programação estratégica da Escola de Medellín.

A programação estratégica da Escola de Medellín, também denominada de “vertentes SPT 2000” (Fontes Teixeira, 2001, p. 14) ou “vertente do enfoque estratégico da programação em saúde” (Rivera, 1989, p.41), desenvolvida fundamentalmente, pela Faculdade Nacional de Saúde Pública de Antioquia, Colômbia, com sede em Medellín, propunha a elaboração de programas operativos que viabilizassem, em nível local, alcançar o lema proposto na Conferência Internacional de Alma Ata (1978), “Saúde Para Todos no Ano 2000” (SPT 2000). Esta escola, que tem no argentino J.J. Barrenechea e no colombiano E. Trujillo Uribe, seus nomes mais destacados, representa a continuidade de um pensamento no interior do campo da saúde, cujas origens remontam ao início dos anos 60, e que por quase vinte anos, condicionou o agir da área de planejamento da OPAS. Tal corrente, contudo, não avançou muito, pois, as possibilidades, de concretização das propostas de Alma Ata, distanciaram-se muito da realidade.

Já o pensamento estratégico de Mario Testa, traz discussões de importância fundamental para a área de saúde. Testa entende que a intervenção na realidade interessa quando pretende uma transformação social. Aborda o diagnóstico em saúde postulando um enfoque não reducionista; é fundamental o reconhecimento do social enquanto totalidade, única forma de realizar uma correta caracterização do setorial e de formular propostas que o articulem corretamente com outras formulações.

Para ele, “um diagnóstico é a caracterização de uma situação, orientada pelos propósitos que dão origem ao mesmo” (Testa, 1989, p.60).

O planejamento global e o da saúde, em especial, apresentam três grandes propósitos: de crescimento ou reprodução, de mudança e de legitimação. Cada propósito origina um viés particular do diagnóstico. Assim, o administrativo corresponde ao crescimento, o estratégico à mudança e o ideológico à legitimação. O diagnóstico é um momento analítico, mas deve concluir-se com um momento integrador, de síntese das observações que compõem os diferentes níveis examinados (Testa 1992).

Como já vimos, para Testa (1995, p.35), o centro da problemática estratégica é o poder, “o pensamento estratégico é um pensamento sobre o poder” com o que concorda Giovanella (1992, p. 49) para quem “a categoria fundamental do enfoque estratégico é o poder”.

Testa (1992) entende o poder enquanto exercido em organizações, e dessa forma tipifica-o. O poder pode ser técnico, referindo-se à informação; administrativo, quando se refere à orçamentação e político quando relacionado à ideologia.

Ainda segundo ele, política é uma proposta acerca da distribuição de poder e estratégia é a forma de implementar uma política (Testa 1992).

A ação deve ser analisada quanto a sua viabilidade e impacto na distribuição do poder dentro e fora do setor, devendo, para tanto, haver uma articulação da parte programática (ações) com a direcionalidade e coerência interna e externa do projeto.

Formula ainda um postulado, que denomina postulado de coerência, estabelecendo uma relação necessária entre propósitos, métodos de planejamento para alcançá-los e organizações ou estruturas onde os métodos são desenvolvidos. Nos países subdesenvolvidos, capitalistas e dependentes, o modo como ocorre esta relação necessária é o seguinte: os propósitos do governo determinam os métodos que são utilizados; estes condicionam os propósitos que também determinam e são condicionados pela organização; os métodos também determinam a organização e são condicionados por ela (Testa, 1989, 1992; Rivera, 1995).

Os componentes da primeira instância do postulado, propósitos, método e organização, têm determinações que se correspondem com os componentes da

segunda instância que, segundo Testa, são: o papel do Estado, que determina os propósitos do governo; a teoria, que determina os métodos; e a história, que determina a organização. Por sua vez, e em seu plano respectivo, a história determina a teoria e o papel do Estado e este determina a teoria completando o círculo (Testa, 1992; Rivera, 1995).

Desta peculiar configuração, depreende-se que os componentes mais determinados são, em primeiro lugar, a organização e, em segundo lugar o método. A consequência, extraída por Testa, das condições em que se expressa o postulado da coerência, é de que “o método deve permitir sua revisão crítica de maneira contínua [...] O que significa dizer que o método deve ser o menos normativo possível” (Testa, 1989, p.93).

A organização enquanto instituição, ou, enquanto ator social primário, é o espaço social onde se materializa o poder social. Testa distingue dois eixos sobre os quais o poder deve ser considerado: o dos resultados específicos e o dos tipos de poder. O primeiro eixo relaciona desde o poder cotidiano até o poder societário, os quais se articulam ao longo dos diversos espaços sociais.

A dimensão “tipo de poder” é específica e está relacionada com o tipo de atividade: no caso da saúde, tem-se o poder técnico, capacidade de gerar, acessar e manejar informações; o poder administrativo, capacidade de apropriar-se e alocar recursos; e o poder político capacidade de mobilizar grupos sociais para reivindicar necessidades ou interesses.

Os diversos modos com que se articulam os tipos de poder e as formas que assumem, apontam o caminho que deverá ser percorrido, para construir um poder de classe, um poder político, que, sendo de um nível diferente dos outros, tem maior hierarquia e os subordina.

Já o Planejamento Estratégico Situacional (PES) é abordado criativa e originalmente por Carlos Matus, que iniciou seus trabalhos críticos na CEPAL, mediante a realização da análise da programação econômica normativa, propondo sua substituição pela estratégica.

A preocupação central que orienta o pensamento de Matus surge de sua constatação da crise de governabilidade que assola os governos latino-americanos. Portanto, sua reflexão e consequente proposta de ação centram-se

na necessidade de aumentar a capacidade de governo. Neste sentido o planejamento é entendido como um instrumento a serviço da libertação dos seres humanos, já que favorece a intenção de submeter os acontecimentos e seu curso à vontade dos homens, não permitindo que os mesmos sejam conduzidos e procurando que se transformem em condutores.

Matus se refere da seguinte forma ao Planejamento Estratégico Situacional:

(...)O PES é um método e uma teoria de Planejamento Estratégico Público, o mais novo dos ramos do planejamento estratégico. Foi concebido para servir aos dirigentes políticos, no governo ou na oposição. Seus temas são os problemas públicos e é também aplicável a qualquer órgão cujo centro do jogo não seja exclusivamente o mercado, mas o jogo político, econômico e social (Huertas, 1996, p.22-3).

Para ele, o planejamento é um processo técnico-político resultante do jogo de atores em interação, conflito, cooperação e alianças, os quais têm suas próprias estratégias e sua particular visão da realidade. O planejamento é, deste modo, uma atividade de cunho nitidamente político.

Governar exige que se articulem permanentemente três variáveis, que compõem os vértices do Triângulo de Governo: o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade do sistema.

A capacidade de governo diz respeito ao capital de conhecimento e experiência que uma determinada equipe de governo é portadora, a governabilidade diz respeito à relação entre variáveis que um ator controla e não controla em um processo de governo. O projeto de governo diz respeito ao conteúdo programático que um ator se propõe realizar para alcançar seus objetivos (Matus, 1996; Cecílio, 1997b).

Em seus fundamentos metodológicos desenvolve um conjunto de técnicas, métodos e habilidades que permitem ao ator aumentar sua capacidade de direção, gerência, administração e controle do sistema social em pauta. Parte de uma situação inicial, que é a realidade explicada por um ator que nela vive em função da sua ação. Para descrever uma situação é preciso recorrer a três planos

articulados de explicação da realidade: fenoprodução ou plano onde se produzem e explicitam os fatos; fenoestrutura ou plano das acumulações sociais; genoestrutura ou plano das leis básicas (determinações). (Matus, 1989,1997; Huertas, 1996; Cecílio, 1997b).

Para ordenar didaticamente sua lógica, Matus recorre ao conceito de *momento* porque este não possui limites definidos de início e término, podendo compreender a idéia de simultaneidade. Assim, utiliza os quatro momentos a seguir (Matus, 1989,1997; Huertas, 1996; Cecílio, 1997b) :

- 1) explicativo, para analisar a situação inicial ("é");
- 2) normativo, para descrever a situação-objetivo desejada ("deve ser");
- 3) estratégico, para analisar a viabilidade política, econômica e organizativa das ações propostas ("como pode ser");
- 4) tático-operacional, para colocar as ações em prática, avaliando-as no que tange aos processos e resultados ("ação/avaliação").

Para Matus (1997, p.570), “o ator social é uma personalidade, uma organização ou um agrupamento de pessoas que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular poder, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação”. Estes atores apresentam uma perspectiva explicativa da situação a que Matus chama de auto-referência. Para o autor, a possibilidade de uma ação ser decidida, executada e mantida define sua viabilidade, que pode ser política, econômica ou organizativa (técnica e material).

Uma vez que o cumprimento do plano depende da luta política, é esta viabilidade que ganha maior peso, pois se existe decisão política, o recurso financeiro e organizativo é viabilizado.

Segundo Silveira (1999) tanto Testa, como Matus, utilizariam um referencial marxista, achamos que tal afirmativa é perfeita para Mário Testa, que amplia suas construções teóricas com aporte em outros autores que aprofundam a interpretação dialética da realidade, representados, principalmente, pelos conceitos de Gramsci e os teóricos do pensamento gramsciano, porém não se aplicaria a Carlos Matus que, embora tenha militado no governo chileno da Unidade Popular de Allende e se fundamentado em Althusser e Poulantzas (Rivera, 1995), nos seus escritos avançou em direção à sociologia compreensiva.

De qualquer forma para Rivera (1995) há uma grande aproximação entre o postulado da coerência de Testa e o triângulo de governo de Matus. A diferença que se observa está relacionada com o significado de governabilidade:

Em Matus, a governabilidade refere-se ao controle de mais ou menos variáveis de poder das organizações, entendidas como subsistemas sociais. Em Testa, o 'controle' organizacional é sinônimo da institucionalização de formas criativas, democráticas e solidárias de organização, ou seja, é sinônimo da hegemonia ou liderança de um grupo sobre as mesmas (Rivera, 1995, p. 193).

Além disso, em Matus o instrumental utilizado terá um caráter mais tecnológico, enquanto em Testa mais epistemológico. Mas tanto para Testa quanto para Matus a intervenção planejada na realidade deve ser de cunho libertador, ajudando a transformar conduzidos em condutores. Dessa forma, introduzem a população como um ator no espaço formal das instituições públicas de saúde.

3.2 - A DESCENTRALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

As categorias teóricas centralização/descentralização têm sido utilizadas com diferentes significados, na análise das políticas públicas.

Nas palavras de Roversi-Monaco (2000, p.329) “se trata de figuras encontradas na sua totalidade somente em teoria”, ou seja, não existem em estado puro.

Também coloca que a questão da descentralização não é tratada da mesma forma em todos os locais sendo “indispensável coloca-lo de cada vez num ambiente social e na época histórica nos quais consegue concreta atuação” (Roversi-Monaco 2000, p.330).

Da Silva (2001) nos fala que é comum associar centralização com governos autoritários, ligados ao campo conservador e que não são permeáveis à participação popular e descentralização com governos democráticos, situados no campo progressista e que ampliariam as liberdades individuais, tal fato, segundo este autor, nem sempre corresponde à realidade histórica, podendo ser utilizada, a

descentralização, tanto como estratégia de implantação do neoliberalismo, como estratégia de ampliação dos canais institucionais de participação, garantindo a incorporação de novos atores aos centros de poder.

Na América Latina e em especial no Brasil, que, como coloca Cohn (1998, p.143) “não é um país pobre, mas sim um país injusto”, a descentralização deve ser analisada em duas dimensões: a política e a econômica.

Na dimensão política, a descentralização é uma proposta de deslocamento dos eixos de poder para as instâncias locais, promovendo uma maior participação direta da sociedade, ampliando os mecanismos de democracia formal. Já na dimensão econômica, é uma estratégia de redução do déficit público, visando contribuir com o reajuste fiscal defendido pelos organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial (Da Silva, 2001).

Santos (1994) relata que o projeto das sociedades capitalistas modernas assenta-se em dois pilares fundamentais que coexistem contraditoriamente: o da emancipação e o da regulação, o primeiro apontando para a igualdade e a integração social e o segundo administrando os processos de desigualdade e de exclusão sociais produzidos pelo próprio desenvolvimento capitalista.

Assim o Estado passa a gerir de forma controlada o sistema de desigualdade social objetivando manter a ordem e a coesão social de uma sociedade dividida por classes (Cohn, 1998).

As descentralizações podem ser intragovernamentais ou interinstitucionais, dependendo se operam de dentro para dentro ou de dentro para fora do próprio governo (Felicíssimo, 1992, apud Da Silva, 2001).

As intragovernamentais podem ocorrer sob a forma de desconcentração ou de descentralização funcional (Da Silva, 2001).

A desconcentração consiste no deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, dentro de uma mesma organização, porém, sem delegar o poder decisório. Há o repasse da capacidade decisória sem proporcionar autonomia e poder de decisão. É comum quando as secretarias estaduais de saúde criam entes regionais a elas vinculados e transferem aos mesmos a execução de determinados serviços sem delegar a

possibilidade de alterar o que foi decidido a nível central (Da Silva, 2001; Mendes, 1998).

A descentralização funcional, também chamada de descentralização autárquica ou institucional consiste na transferência de responsabilidades administrativas dentro da mesma estrutura de governo. Ocorre com a criação de órgãos da administração indireta, como autarquias e fundações que assumem funções da administração direta preservando também o poder central (Da Silva, 2001).

Quanto às descentralizações interinstitucionais, o poder de decisão é transferido para outras entidades. Neste caso estão incluídas a devolução e a delegação.

Segundo Mendes (1998, p. 30): “A devolução consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de menor nível hierárquico que adquire, assim, autonomia política e administrativa... é denominada, também, de descentralização política”.

Exemplos de devolução são as estadualizações e municipalizações de certas funções dos governos federais.

Já a delegação ocorre quando o Estado transfere suas responsabilidades para instituições ou entidades da sociedade civil, órgãos não governamentais que continuam recebendo financiamento e regulação estatais. Há “a desconstrução do espaço estatal” (Mendes, 1998, p. 30) e é uma “das estratégias de ampliação da privatização do atual governo” (Da Silva, 2001, p. 56).

De acordo com a classificação de descentralização apresentada podemos concluir que, de acordo com a tipologia utilizada, “a municipalização é uma devolução, podendo também ser chamada de descentralização territorial ou descentralização política-administrativa” (Da Silva, 2001, p. 56).

No campo da saúde, a descentralização não pode ser considerada um valor e um fim em si mesma, mas uma condição necessária para melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a equidade (Hortale, Pedroza & Rosa 2000).

A municipalização da saúde “reforça os componentes da descentralização, particularmente os que se referem à distribuição do poder” (Paim, 1999, p.489)

Como coloca Cunha (1994; apud Paim, 1999, p. 489):

Municipalizar a saúde significa o reconhecimento da responsabilidade política do município com a saúde dos seus cidadãos. O exercício pleno desta responsabilidade pressupõe a unificação dos diferentes recursos destinados à saúde, colocando-os sob gestão do poder municipal, que passa a assumir a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, a organização, a execução, a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde na sua área de atuação (...) A municipalização é parte de uma estratégia para a concretização dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, eqüidade e controle social, através da devolução dos poderes ao município, da descentralização das ações e serviços de saúde e da transformação da relação entre o poder público e sociedade.

Mendes (1992) identificou três formas distintas da municipalização da saúde se apresentar: a prestação de serviços; a “inamprização” e a distritalização.

A prestação de serviços era a forma mais comum e se caracterizava pelo repasse, por parte do governo federal ou dos estados, de recursos financeiros para os municípios, através de convênios em função de critérios normativos centrais, para o financiamento de atividades ambulatoriais estatais próprias ou municipalizadas. Resulta em uma prática de municipalização onde não há transferência da gestão ao município, não ocorrendo mudança do modelo assistencial (Mendes, 1992).

Na “inamprização” (termo derivado da sigla INAMPS) há uma transferência da gestão ao município, porém através de convênios, sem haver uma mudança no modelo assistencial, repetindo a intermediação das relações clientelísticas e cartoriais entre Estado e sociedade, até a área pública da saúde sofrer uma apropriação privada (Mendes, 1992).

A terceira forma, a distritalização, supõe a gestão transferida ao município com mudança do modelo assistencial, passando pela mudança do paradigma sobre a concepção/ação de saúde, que é um processo de mudança das práticas sanitárias (Mendes, 1992).

O processo de descentralização da saúde no Brasil tem suas origens remotas na década de 50, “quando, de modo embrionário, surgia no interior do sanitarismo desenvolvimentista a concepção da municipalização da saúde” (Heimann et al., 2000, p. 25) e será analisado e aprofundado no capítulo da contextualização do sistema público de saúde no Brasil.

Porém é somente com a Constituição de 1988 que os princípios descentralizadores aparecerão de forma marcante no nosso universo jurídico-político e de forma tão favorável (pelo menos no texto) que segundo Sadek (1991, p. 9, apud Da Silva, 2001, p.105) o contraste com “os preceitos do passado é tão profundo que se pode sustentar que estamos em face de uma modificação de alcance imprevisível”.

De acordo com Meirelles (1990) com a Constituição de 1988, os municípios brasileiros, conquistaram uma tríplice autonomia: política, financeira e administrativa. Com a política pode eleger sem restrições prefeito, vice-prefeito, vereadores e legislar sobre assuntos de interesse local, inclusive para elaborar sua própria Lei Orgânica, com a administrativa pode organizar os serviços públicos e ordenar o seu território e com a financeira instituir tributos e aplicar as suas rendas.

Da Silva (2001) afirma que o forte sentimento oposicionista à centralização ocorrida no período do regime autoritário burocrático foi favorável ao processo de descentralização, porém é preciso relativar o alcance dessa descentralização, podendo ser utilizado como exemplo ilustrativo, a destinação dos recursos tributários, sendo que no período de 1964 á 1988 os municípios detinham 15% dos recursos nacionais disponíveis, valor este que se elevou para 22,75% após 1988. Essa elevação, entretanto, ainda deixa o Brasil muito distante da maioria dos países desenvolvidos, onde os municípios não são considerados entes federados, mas recebem o equivalente a 30% da carga tributária. Além disso, se ocorreu uma ampliação da destinação da carga tributária para os municípios, também ocorreu um maior repasse de responsabilidades e o aumento de receita ocorrido não foi suficiente para atender as necessidades da instância local.

No Brasil, segundo Gerschman (2000, p.151), o municipalismo nasce “sob o signo da dependência do Estado federal”, já que os novos municípios que surgiam, oriundos da divisão dos municípios existentes, na sua maioria, não tinham possibilidade de executar a política municipal sem o auxílio da Federação.

Desta forma a propalada autonomia local “está claramente tolhida por determinantes econômico-estruturais”, com os recursos sendo insuficientes para cumprir com as crescentes responsabilidades assumidas (Da Silva, 2001, p.107).

Como demonstra Souza (2001), apesar das mudanças ocorridas no nosso federalismo e das diferenças entre o que foi desenhado pelos constituintes de 88 e o que existe hoje, as tensões existentes se localizam em questões não enfrentadas por regimes políticos anteriores, tais como as nossas históricas desigualdades sociais e econômicas, a heterogeneidade e as diferenças entre as regiões mais ou menos desenvolvidas e as reações de poderosas elites que não desejam ver seus poderes diminuídos ou diluídos com a descentralização, pois esta, se efetivando pode acabar por encorajar a ocorrência de uma maior participação e controle por parte dos cidadãos, aumentando a transparência e a responsabilidade dos governos.

Além disso, nos anos 90, com o ideário neoliberal, a União “impõe modalidades de exercício da política” como condicionante para o repasse de recursos e o município “se vê coagido a abandonar (...) políticas de caráter universal em favor de políticas focalizadas para setores da população” (Gerschman, 2000, p.153).

Segundo Nascimento (2001, p. 32) estabeleceu-se no período constituinte uma relação entre “democracia, descentralização e autonomia política”, porque na visão oposicionista hegemônica da época, a descentralização era condição para o aumento da participação, e ambas compunham uma utopia democrática cujo horizonte remoto era o autogoverno dos cidadãos.

A descentralização do poder no Brasil após a Constituição de 1988 implicou no estabelecimento de relações intergovernamentais baseadas no controle mútuo e no surgimento de vários centros de poder na arena política e decisória (Nascimento, 2001).

É no setor saúde que encontramos com maior força esses centros de poder como as comissões intergestores bipartite (envolvendo representantes dos governos nas esferas estaduais e municipais), a comissão intergestores tripartite (composta por representantes das três esferas de governo); os consórcios intermunicipais de saúde; os conselhos municipais, estaduais, e nacional de saúde; e as associações de secretários municipais (CONASEMS) e estaduais de saúde (CONASS).

No caso específico do processo de municipalização da saúde, foi ampliado em muito o número de conselhos de saúde no país, sendo que em muitos municípios foram criados também conselhos de usuários, também denominados conselhos locais de saúde ou conselhos gestores de unidades de saúde que geralmente são formados por trabalhadores de saúde e usuários, não obedecendo ao critério da paridade e possuindo maioria dos últimos (Da Silva, 2001).

Como nos ensina Simionatto (1997, p. 09):

A descentralização tem proporcionado, de um lado, o fortalecimento dos processos de controle social, a articulação mais direta e democrática entre estados, municípios, instituições e organizações da sociedade civil, quebrando os mecanismos corporativos e clientelistas e construindo novos canais no monitoramento dos investimentos públicos, os quais vêm sendo crescentemente ampliados através dos Conselhos de Saúde e dos novos atores que despontam na arena política, que lutam pelos seus direitos e buscam intervir na construção de novas formas representativas para solucionar seus problemas e ver atendidas as suas demandas.

Segundo Hortale, Pedroza & Rosa (2000), levando em conta a missão e as funções do Estado, os serviços de saúde e os usuários do sistema no marco das características históricas e institucionais inerentes a cada realidade nacional, um sistema de saúde descentralizado, causa um impacto positivo na gestão e nas diferentes modalidades de atenção e dá oportunidade para que os processos de reforma permitam a geração e desenho de novos modelos de atenção, papéis e funções, modalidades de capacitação, sistemas de remuneração e novas formas de participação das instituições, sindicatos e setores acadêmicos.

Paim (1999, p. 495) mostra que:

(...) a municipalização da saúde pode envolver um processo de transformação e envolver os seguintes aspectos:

- *redistribuição do poder;*
- *redefinição dos papéis das três esferas de governo;*
- *reorganização institucional;*
- *reformulação de práticas;*
- *novas relações entre as três esferas de governo;*
- *controle social.*

De qualquer forma, como demonstra Gerschman (1995), a descentralização tem-se operado de forma mais acentuada nos aspectos políticos relativos ao repasse das unidades de saúde para o nível municipal, sem o acompanhamento respectivo dos recursos necessários para uma gestão eficiente do sistema, levando a uma enorme diferenciação entre os municípios que aderiram ao SUS e injetaram recursos próprios no sistema e os que não o fizeram.

Também Campos (1997, p. 94) se refere a esta questão colocando que:

Inegavelmente, as políticas do SUDS e, hoje, a do SUS ampliaram as responsabilidades sanitárias e, em certa medida, a cota de poder do nível local. Mas, ao mesmo tempo, também se distribuíram encargos do poder central para os municípios, sem uma contrapartida financeira adequada e sem uma plena delegação de autonomia gerencial e política ao nível local.

De acordo Simionatto (1997, p. 10-1):

A descentralização, no entanto, não pode continuar sendo concebida independentemente da reforma tributária e da repartição dos fundos sociais necessários para operar a rede de serviços repassados aos estados e municípios. Nesse sentido, a descentralização, tal como vem sendo colocada em prática, fortalece a fragmentação e a atomização das ações de saúde, uma vez que o sistema passa a depender diretamente da vontade política dos prefeitos e da disponibilidade de recursos a serem aplicados no âmbito do município.

E embora a descentralização da política de saúde ainda se dissolve “entre atores políticos do Executivo, gestores dos sistemas de saúde, profissionais médicos e lobbies diversos, assim como entre culturas institucionais que favorecem alianças na base de trocas convenientes para as elites políticas locais e que interferem fortemente nos processos reguladores” (Gerschman, 2000), nós a entendemos como integrante de processos de democratização e a reconhecemos como um dos caminhos para a redefinição das práticas de saúde em função das necessidades ideais de saúde de cada comunidade, pois é no espaço local de poder que se dá à experimentação de novos modelos assistenciais e se materializam as contradições entre o local e o geral e cresce a esperança de consolidação do SUS.

4. O REFERENCIAL DAS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE E O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

Mãos dadas
(Carlos Drumond de Andrade)

*Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças.
Entre ele, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.*

*Não serei o cantor de uma mulher, de uma história,
não direi os suspiros ao anoitecer, a paisagem vista da janela,
não distribuirei entorpecentes ou cartas de suicida,
não fugirei para as ilhas nem serei raptado por serafins.
O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os homens presentes,
a vida presente.*

O período dourado da medicina social na América Latina tem seu início nos anos 30 do século passado, com Salvador Allende, médico patologista, Ministro da Saúde e futuro Presidente do Chile, que influenciado pelas idéias de Virchow escreveria um livro que se tornaria clássico, “ La realidad Médico-Social chilena” (Waitzkin et al., 2001).

Mais tarde outras lideranças importantes da medicina social latino americana surgiriam em outros países, notadamente no México, no Brasil, na Colômbia, em Cuba, na Argentina e no Equador (Waitzkin et al., 2001).

Porém será somente no final dos anos 60 e início dos anos 70 do século passado que terá início a sistematização de estudos das ciências sociais em saúde, na América Latina, incidindo em nosso país, de forma concomitante, com um período de pleno regime de exceção, levando a necessidade de explicar a realidade a partir de uma perspectiva que ultrapassasse as chamadas ciências naturais.

Segundo Da Ros (2000, p.103) é somente em 1976 que as políticas de saúde passam a ter outro enfoque no Brasil, coincidindo com a fragilização do governo militar que “para manter legitimidade, faz concessões aos movimentos sociais”.

Integrantes do movimento sanitário multiplicam experiências de trabalhos com a participação da comunidade local e posteriormente, dos movimentos sociais, assim como a capacitação de profissionais que iriam formar a “massa crítica” capaz de semear idéias e produzir mudanças na realidade. É desta forma que o aporte das ciências sociais para a saúde ocorre através das teorias marxistas e de seus seguidores mais contemporâneos, tratando da relação entre o processo saúde/doença, classe social e o Estado.

Laurel (1983) mostra ainda que, na América Latina, a abordagem marxista em saúde nasce juntamente com um movimento de contestação ao tipo de progresso gerado pela industrialização dependente nos países periféricos, acompanhada pela internacionalização acelerada do capital, fortes migrações do campo para a cidade em virtude da urbanização e uma gigantesca desigualdade entre os mais ricos e os mais pobres desses países.

Segundo Nunes (1985) nos anos 70 cresce a utilização, no Brasil e no restante da América Latina, do materialismo histórico e dialético para explicar o fenômeno saúde/doença. Tal fato ocorre paralelamente a crescente deterioração das condições de vida de imensos contingentes de seres humanos aglomerados nas cidades e ao surgimento de uma crescente consciência de que a luta por melhores condições de saúde faz parte da luta por cidadania.

Da Ros (1991) afirma que as defesas de tese de Arouca e Donnangelo em 1975 são o símbolo do nascimento desta visão crítica de base marxista na saúde brasileira.

Juan César Garcia, médico e sociólogo argentino, nascido em 1932 e falecido em 1984 quando atuava na OPAS, liderou a partir de 1960 o movimento intelectual no campo da medicina social na América Latina e é de sua autoria o comentário a seguir:

Para o marxismo, o estudo da medicina, definida como um conjunto de práticas e saberes específicos, deve realizar-se em sua relação com a totalidade social e

com cada uma das instâncias que a integram e que consistem em: uma estrutura econômica, composta de forças produtivas e relações de produção, e uma superestrutura, que compreende uma instância jurídico-política e uma ideológica. Um número crescente de autores incluem no estudo do campo da saúde, demaneira dialética, as forças produtivas e as relações de produção. (Garcia, 1989, p. 78)

Ainda de acordo com Garcia (1989), no interior da corrente de pensamento marxista, no campo da saúde, duas tendências ou posições se sobressaem, uma que dá mais ênfase ao desenvolvimento das forças produtivas e uma outra que dá maior importância às relações de produção. O mesmo autor ainda coloca (1989, p.78) que “a ênfase de um dos termos da unidade dialética “forças produtivas-relações de produção” leva a diferentes explicações e estratégias no campo da saúde”.

Na primeira corrente, Garcia (1989, p. 79) cita os trabalhos de Sigerist, Milton Terry e especialmente Stern, que apesar de pioneiros no enfoque marxista as questões da saúde nos Estados Unidos da América, não conseguem como coloca Minayo (1998, p.77) “romper as barreiras do positivismo”.

A corrente adepta da primazia das relações de produção dá grande importância à instância ideológica, à consciência, à legitimidade e ao papel mediador das instituições e das idéias, para este grupo ciência é uma função das *relações sociais* enquanto instrumento de dominação de classe (Garcia, 1989).

Jean-Claude Pollack, médico francês, nascido em Strasburgo em 1936, é um dos representantes desta corrente. É autor do livro “A medicina do capital”, obra esta que de acordo com Minayo (1998, p.77) reflete os ares de contestação do movimento de maio de 68 e “ressalta o fato de, no capitalismo, a questão saúde/doença das diferentes classes sociais estar marcada pela lógica do lucro, da produção e reprodução do sistema”.

No modo de produção capitalista, segundo Pollack, a medicina é “a medicina do capital” (Garcia, 1989, p.85).

Pollack (*apud* Minayo, 1998, p.179) afirma que: “Pode-se dizer, sem paradoxo, que o capital fixa previamente a duração média da existência, para os diferentes estratos sociais e distribui taticamente sua sentença de morte”.

Segundo ele “uma medicina a serviço do povo e, portanto científica, somente pode dar-se com o desaparecimento do capitalismo” (Garcia, 1989, p.85).

Berlinguer³ (1987, p.61), seguidor do pensamento de Gramsci, apesar de considerar extremista a posição de Polack, assim se refere ao que gera, na sua opinião, o processo de produção capitalista: “O processo de pauperização das classes oprimidas, mais do que através da redução do salário e impedimento de consumir bens produzidos pela indústria e pela agricultura advém da subtração ou adulteração das funções naturais e da redução dos anos-vida”.

Um pouco mais adiante, na mesma obra *Medicina e Política*, Berlinguer (1987, p.141) ao referir-se às *doenças causadas pela exploração* cita conhecida expressão de Marx: “O capital não cuida da saúde e da vida do operário, se não tiver sido obrigado pela sociedade”.

Em outra de suas obras⁴ Berlinguer (1983, p.17) coloca que:

A subtração de anos de vida, a alteração do intercâmbio homem-natureza, a degradação corporal que se verificam no trabalho industrial, não são fenômenos particulares da fábrica capitalista; são fenômenos gerais da sociedade capitalista, que têm nas fábricas origem, máxima frequência e maior intensidade, mas que se refletem de maneira crescente em todos os homens e também na totalidade da biosfera. A vida cotidiana de cada homem depende, portanto do movimento do povo e do papel da classe de vanguarda. Surgem novas motivações e novas urgências para a transformação da estrutura social, para acordos e alianças, para um poder democrático.

Coutinho (1989, p.57) um dos articuladores do que viria a ser o movimento sanitário nos fala que:

(...) Não é possível compatibilizar a plena cidadania política e social com o capitalismo. Assim como a expansão dos direitos políticos, da democracia participativa, quando impulsionada além de um certo limite, entra em choque com a dominação capitalista, também a expansão dos direitos sociais termina por encontrar obstáculos na conservação da lógica da acumulação do capital. O

³ -médico italiano, entomologista, professor de Medicina do Trabalho da Universidade de Roma, nascido em 1924 em Sassari, foi deputado no Parlamento italiano por diversas oportunidades, sendo inclusive o relator do Projeto de Reforma Sanitária italiano. É autor de diversos livros entre eles: *Medicina e política*; *A saúde nas fábricas*; *A doença*; *O mercado humano*;etc. Ultimamente se dedica ao estudo das questões da Bioética.

⁴ *A saúde nas fábricas.*

avanço da cidadania, portanto, coloca na ordem do dia a necessidade do socialismo.

Todas essas idéias serviram de fermento para a origem e difusão de um estilo de pensamento em saúde, que nasce setorialmente, avança na crítica e na denúncia do modelo vigente, bem como na produção de conhecimento, que ficou conhecido como Movimento Sanitário Brasileiro, importante ator coletivo de oposição ao governo militar, centro gravitacional político e ideológico da nossa Reforma Sanitária.

Este “Movimento” foi à liderança intelectual e política do processo de reformulação do setor saúde iniciado em meados dos anos 70 e que culminou com a proposta da Reforma Sanitária Brasileira (Gerschman, 1995).

Um movimento que utiliza conceitos tais como situação, ator coletivo, consenso, alianças, negociações, recuos táticos, conquista de posições, legitimação de saber e outros apontados por Gramsci e que acenam com uma possibilidade de combater o autoritarismo por dentro e pelas bases, sem desprezar os movimentos sociais.

Segundo Nogueira (1988, p.133), as idéias de Gramsci começam a ser divulgadas no Brasil no momento em que se concretizava a crise econômico-social pós-milagre e que se construía o processo democrático brasileiro de abertura política. Este último, sempre dificultado pela “capacidade de reprodução do regime autoritário”.

Nogueira lembra também que as idéias de pensadores italianos ganharam a simpatia da esquerda e a atenção geral entre 1976 e 1982. Entre outros autores, Gramsci ajuda a revitalizar uma esquerda desmantelada pela violência da ditadura e pela agressiva modernização capitalista do país e Giovani Berlinguer, inspira o movimento sanitário brasileiro na sua luta pela redemocratização da saúde.

Paim (1994, p.56) assim se refere ao surgimento do movimento:

A organização da classe operária do ABC, na segunda metade da década, a mobilização dos profissionais de saúde e as contribuições acadêmicas das universidades, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência estimularam o surgimento de um movimento pela democratização da saúde com um caráter crítico e capaz de formular propostas alternativas.

Esse movimento surge, segundo Da Ros (1991), a partir de setores contra-hegemônicos, situados principalmente nas universidades, tanto professores dos departamentos de Medicina Preventiva, como membros do movimento estudantil, mas também jovens sanitaristas, integrantes do setor publicista do INSS, médicos residentes e integrantes de alguns sindicatos médicos, movimento popular em saúde e outros setores da sociedade civil.

Neste contexto, em 1976, surge o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), idealizado inicialmente para produzir a revista Saúde em Debate, mas que ultrapassando este limite, torna-se uma das entidades, nas palavras de Da Ros (1991, p.15) “mais importantes na área de oposição ao modelo vigente no setor saúde... questionando o regime brasileiro, junto com outras forças sociais, no processo chamado de abertura”.

Vaitsman (1989, p.153) assim procura definir o Movimento sanitário Brasileiro:

É um movimento que reúne intelectuais, profissionais da área da saúde, organizações e associações, tendo como valor universal o que só pode ser concretizado através da reformulação do sistema, para atingir a universalização e equidade. Para tanto, o movimento apresenta um conjunto de propostas políticas e técnicas que se consubstanciam enquanto uma ‘Reforma Sanitária’ .(Grifo da autora).

De acordo as palavras de Escorel (1998, p.51)

O movimento sanitário representava um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra dos serviços prestados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço.

Finalmente, Giovanella & Teixeira (1996, p.180) fazem o seguinte comentário:

Desde os meados dos anos 70, gestou-se um movimento de redemocratização no interior do setor saúde, denominado Movimento Sanitário, que produziu propostas baseadas no entendimento da saúde como direito social universal a ser garantido pelo Estado. Estas propostas foram entusiasticamente defendidas e tiveram sua consagração em 1986, no relatório da VIII Conferência Nacional de

Saúde, conformando o projeto de Reforma Sanitária Brasileira que teve como eixo: a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a compreensão da determinação social do processo saúde e enfermidade, através do conceito ampliado de saúde; e a reorganização do sistema de atenção com a criação do Sistema Único de Saúde.

A reforma sanitária deve ser entendida como um processo político e democratizador da saúde conquistado pela sociedade e que exige transformações jurídico-legais, administrativas e operativas no sistema de atenção à saúde.

O conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (Teixeira, 1989, p.39).

Segundo Arouca (1988, p.3) “a reforma sanitária é ao mesmo tempo bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças”.

A expressão Reforma Sanitária corresponderia à tradução literal de *Riforma Sanitaria*, expressão esta, utilizada para designar uma experiência de formulação e implantação de Políticas Públicas na Itália e que se tornou bastante conhecida no Brasil a partir e da vinda de Giovanni Berlinguer ao nosso país, bem como da publicação, em nosso meio, de suas obras (Oliveira, 1987).

Silva Júnior (1998, p.23) e Paim (1999, p. 474) colocam que três caminhos foram utilizados para tornar possível a reforma sanitária: o primeiro, que denominam de “legislativo –parlamentar” e que permitiu o surgimento das bases jurídicas necessárias, tais como a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde, bem como as Leis Orgânicas estaduais e municipais.

O segundo denominado de “sócio-político”, preocupou-se em envolver a sociedade civil e suas organizações com as questões da saúde, com a necessidade de reorientar os serviços e garantir o controle dessas políticas através de órgãos colegiados (Silva Júnior, 1998, p.24).

O terceiro denominado de “institucional”, priorizou a organização, a implantação e o desenvolvimento de um novo sistema de saúde, baseado na

universalidade, equidade, integralidade e comando único, sendo o SUDS considerado uma estratégia para a construção do SUS (Silva Júnior, 1998, p.24).

De fato o movimento sanitário brasileiro nasceu nas lutas pela democratização e pelas reformas sociais. Como uma das estratégias para a busca da equidade e do acesso à saúde integral para a população assumiu a defesa de sistema único público de saúde. Defendia uma proposta contra-hegemônica, anticapitalista, socialista, sob forte influência teórica gramsciana, como coloca Dâmaso (1989, p. 61) ao se referir que as transformações ocorridas no período do regime autoritário burocrático “exigiram tanto a crítica sistemática do saber hegemônico na área quanto à construção de um saber contra-hegemônico e politicamente efetivo”.

Coloca o mesmo autor um pouco mais adiante que:

É no marxismo – de modo essencial em Gramsci – que buscará a fundamentação intelectual de uma possibilidade simultaneamente reformadora e revolucionária (...) A partir da descoberta desta chave política, os militantes do movimento passaram a dispor de um critério e de um projeto que - ainda que não suficientemente explicitados – direcionaram o curso das ações políticas até nossos dias (Damaso, 1989, p.74).

Para Escorel (1995, p.181) o uso dessa fundamentação marxista objetivava “retirar a luta pela transformação da situação de saúde da população brasileira de um cotidiano específico para visualiza-la como parte (...) da luta de transformação da sociedade brasileira”.

Para alguns autores o objetivo último do movimento é a constituição do Sistema Único de Saúde, mas para outros como Escorel (1995, p.189) “ao hegemonizar a luta pela Reforma Sanitária”, estabelecendo a direção do processo, participaria da luta ideológica mais geral com o conjunto das forças sociais e progressistas, buscando (e aqui a autora utiliza as palavras de Coutinho, 1984, p.20) “a criação dos pressupostos políticos econômicos e ideológicos que tornarão possível o estabelecimento do socialismo em nosso país”.

O movimento brasileiro (pelo menos grande parte dele), diferente de outras reformas, como a italiana, estabeleceu como estratégia à ocupação do Estado, especificamente do executivo.

Cecílio (1997, p.16) ensina que, a fragilidade da articulação do movimento sanitário com as classes populares, levou o mesmo a dar “uma certa ênfase na vocação ‘congénita’ que o Movimento Sanitário teria de ocupar espaços institucionais, de fazer ‘entrismo’, até como parte do processo de construção de sua identidade e organicidade” (Grifos do autor). Como se o movimento encontrasse sua organicidade, e construísse sua identidade, no processo mesmo de ocupar espaços interinstitucionais disponíveis e fazer daí exercícios de contra-hegemonia.

Elias (1993, p.66) coloca, inclusive, que “no caso brasileiro, o interlocutor privilegiado do Movimento Sanitário é o Estado”.

Luchesi (1995, p. 174) ao discutir burocracia e política de saúde nos fala: “O fato do ‘Movimento Sanitário’, em sua luta pela reformulação política da saúde, ter se dirigido à ocupação do Estado, como estratégia preferencial (...) pode denotar a importância que o aparelho estatal tem na definição das políticas públicas no Brasil e a menor significação da clássica participação política”. (Grifo do autor).

E muitos foram os que acreditaram que, o projeto do movimento sanitário, de caráter socialista, gramsciano e anticapitalista, estava predestinado a se tornar um projeto de poder, com a ocupação de espaços institucionais.

Gallo & Nascimento (1989, p.94) refletem que não bastava ocupar os espaços era necessário “andar pari passu com a luta por mudanças estruturais na sociedade brasileira (...)”.

O movimento sanitário alicerçava-se no apoio dos partidos de esquerda e de centro-esquerda, reunindo grupos progressistas diversificados, sob a hegemonia da esquerda socialista gramsciana. Gallo & Nascimento (1989, p.112-3) apontam que o Movimento “também se constrói na disputa interna (...)” e apresentam três agrupamentos rivais no Movimento Sanitário: “os socialistas de tendências societárias (STS)”, que pregavam estatização da saúde e mobilização social contra os grupos privados; “os sociais democratas” (SD) que defendiam uma coexistência complementar entre os prestadores privados de serviços e o setor público e “os socialistas de tendências institucionais” (STI), constituído por

técnicos dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, que defendiam a democratização das políticas sociais.

Mas a grande disputa hegemônica era e continua sendo, contra um outro projeto, o neoliberal e entre eles se estabelece, como coloca Mendes (1995, p.20) “uma luta constante nos planos político, ideológico e técnico”.

Sintetizando, Cecílio (1997, p.25) reafirma “o reconhecimento do sujeito social movimento sanitário, heterogêneo na sua composição interna”, composto por diferentes agrupamentos que se referem a sujeitos sociais ou blocos históricos diferenciados, mas portador de uma matriz discursiva que lhe confere identidade e “que poderia ser expressa pela defesa da saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a democratização da gestão do Sistema de Saúde”.

Concretamente o setor saúde constitui-se em um campo onde avanços e retrocessos são negociados diariamente. Ainda que fatores estruturais condicionem essas negociações, eles não são os únicos determinantes, por exemplo, na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a maior evidência disto é o capítulo relativo à saúde na Constituição Federal. Apesar de ser considerado bastante avançado, sua implementação tem mostrado a real importância das perdas ocasionadas pelas alianças políticas necessárias à sua aprovação.

A questão nos remete, mais uma vez, para a luta pela hegemonia na saúde.

Portanto, as incoerências internas do projeto constitucional e da sua posterior aplicação ou não, são fruto do embate da classe dominante com as forças progressistas do setor saúde no sentido da manutenção da sua hegemonia. Isto não quer dizer que avanços não ocorreram. E ocorreram principalmente naqueles momentos em que as reivindicações populares contavam com a força do término do regime de exceção.

Mas os obstáculos surgidos com o agravamento da crise econômica e a turbulência política do fim dos anos 80 e início dos anos 90, os dissensos entre os grupos que integravam o movimento, mostraram quão frágil era a estratégia da ocupação do Estado para se alcançar a hegemonia e uma democracia de massas.

Neste momento, é importante ressaltar que a modelagem de serviços de saúde aparece ao longo do tempo como uma questão eminentemente política.

Naturalmente que a esfera política realiza interfaces com o universo econômico-social e muitas vezes o argumento ligado às questões financeiras e técnicas têm servido aos governos, como justificativa para implantar determinado tipo de assistência à saúde. Mas, sempre a questão do poder político tem sido determinante na viabilização de projetos assistenciais para a saúde.

O desenvolvimento das políticas sociais e notadamente da saúde, nas sociedades capitalistas, está sujeita as variações da conjuntura econômica. Não é suficiente afirmar que o desenvolvimento do capitalismo não ocorre de forma linear. A própria formação e desenvolvimento da economia capitalista, fundamentada na apropriação privada da produção dos bens, na concorrência mercantil, na incorporação tecnológica não planejada e no excedente de força de trabalho, que são os impulsionadores para a obtenção de taxas cada vez maiores de mais valia e de lucro, não permitem a planificação da vida em sociedade e todas as atividades necessárias ao bem estar dos seres humanos (Merhy & Franco, 1999).

No contexto macroeconômico, o setor saúde, inserido como segmento produtivo no conjunto do desenvolvimento capitalista da sociedade, vive os mesmos processos dos outros setores de produção, ou seja, o processo de acumulação de capital, que tem um de seus pilares no desenvolvimento tecnológico e influencia a dinâmica da oferta de serviços no setor saúde (Merhy & Franco, 1999).

Nos parece claro que, considerando a sociedade dividida em classes sociais, com o Estado reproduzindo os interesses do grupo hegemônico, sendo co-participe nos processos de acumulação do capital, também o processo de produção de saúde está incorporado ao desenvolvimento do capital e por conseqüência atendendo à geração e acumulação de riquezas.

Donnangelo (1976, p.51-52) assim comenta o tema:

Remetendo estruturalmente ao econômico, através do sentido que adquire o reforço do poder estatal para a acumulação original do capital, essa modalidade particular de redefinição da medicina (medicina estatal) permite, portanto, que se

identifique a sua incorporação ao processo mais geral que reorganiza os elementos da vida social na constituição da estrutura de produção capitalista. (...) Através de sucessivas alterações de seu campo de saber, de seus meios de trabalho, de seus alvos programáticos, de uma atuação mediata ou imediata sobre essa força de trabalho redefinida, participará progressivamente do novo modo de acumulação peculiar à sociedade mercantil capitalista.

Merhy & Franco (1999) colocam que realizando-se uma leitura do desenvolvimento econômico da sociedade, no século XX, podemos decifrar os caminhos e descaminhos dos modelos de atenção em saúde, centrando-os em três períodos:

- O pós-guerra, período posterior a uma grave crise estrutural da economia mundial coincidindo com o desenvolvimento da Medicina Comunitária nas décadas de 50 e 60;
- Os anos 70, onde uma grave recessão mundial a partir de 1974, gera crise fiscal nos diversos países e como conseqüência uma conjuntura econômica adversa para investimentos, especialmente os sociais, coincidindo com a Conferência de Alma Ata (1978) que discute os “Cuidados Primários em Saúde”, redefinindo o paradigma da assistência à saúde;
- Os anos 90, onde as repercussões de uma reestruturação produtiva, a partir de uma nova base tecnológica, capaz de aumentar extraordinariamente os ganhos do capital e de levar a expansão do capitalismo nos países centrais, com os seus grupos hegemônicos adotando a ortodoxia neoliberal e implementando uma nova configuração ao Estado, busca uma formação mínima para a sua constituição.

Neste último momento, o qual ainda estamos vivendo, a hegemonia mundial, com ajuda de organismos como Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, busca constituir um Estado que deve se ocupar apenas das questões que lhes são exclusivamente próprias, como por exemplo, o aparato da justiça e do governo, deixando que a economia e a oferta de serviços, inclusive os

de saúde, sejam regulados pelo mercado. A entrada do Estado nestes terrenos só deve ser feita por complementação (Costa, 1996; Merhy & Franco, 1999).

Devido ao incremento com os gastos no setor saúde, os países centrais, especialmente os Estados Unidos da América, adotam medidas de contenção de custos. O Banco Mundial, para ampliar sua missão no ajuste estrutural, recomenda a mesma agenda para os países emergentes que já gastam 35 vezes menos, per capita, que aquele país em saúde (Costa, 1996).

No Brasil, um conjunto de fatores de origem externa, ou seja, as políticas de cunho neoliberal, centradas na necessidade de Reforma do Estado, tendo como eixo principal um ajuste estrutural orientado para o mercado, baseados na necessidade de diminuir o Estado (privatizando) e aumentar as instituições de mercado (desregulamentação), que somados a fatores internos, como problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, à mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, aos crescentes custos do processo de atenção, ao corporativismo dos profissionais de saúde, tem se constituído em obstáculos expressivos para avanços maiores e mais consistentes.

Diante disto, o grande avanço constitucional contra-hegemônico, depara-se com o modelo de desenvolvimento econômico dos países centrais impostos ao Brasil e demais países sub-desenvolvidos e dependentes. Costa (1996), discute a ordem de obediência brasileira às regras colocadas pelo Banco Mundial: a cartilha por “eles” apregoada e por “nós” seguida refere-se a inexorável missão de poupar os já miseráveis recursos destinados às políticas sociais. Submetendo-se a esta imposição, o orçamento destinado à saúde, assim como o seu planejamento nos níveis nacional, estadual e municipal adequa-se à meta de redução de gastos com a já sucateada Saúde Pública brasileira. O quadro, então, produzido é o de um profundo distanciamento entre os direitos sociais constitucionalmente garantidos e a real capacidade de oferta de serviços públicos de saúde.

Buss (1995), refere-se a pobreza e a concentração de renda elevadas, destacando-se o Brasil como o país de pior distribuição de renda, estando a renda *per capita* dos 20% mais ricos, 26 (vinte e seis) vezes mais elevada do que os 20% mais pobres. As atuais precárias condições de saúde desta população revelam antigas e atuais mazelas, na organização social

brasileira, quando a partir dos anos 80, atormentados pela crise econômica e sob a ordem global neoliberal, são reduzidas as políticas sociais dos países do terceiro mundo, priorizando a diminuição de custo à melhoria dos indicadores de Saúde e qualidade de vida dos cidadãos.

Neste contexto, a reforma sanitária brasileira pode ser considerada uma reforma tardia e pode-se dizer que um projeto de inspiração socializante - o SUS - desenvolve-se hoje dentro de uma realidade neoliberal.

5 – DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

... É preciso mesmo brigar contra certos discursos pós-modernamente reacionários, com ares triunfantes, que decretam a morte dos sonhos e defendem um pragmatismo oportunista e negador da utopia. É possível vida sem sonho, mas não existência humana e história sem sonho...

Paulo Freire

Para o engenheiro e professor da Universidade de Santiago do Chile, Mário Ivan Tarride, a forma como a saúde pública tem se organizado mostra a contradição entre o discurso e a realidade. “Fala-se de uma disciplina heterogênea, mas a síntese não se realiza. Não se observa um discurso de integração dos enfoques que a constituem” (Tarride, 1998, p.38).

Desde o fim da Segunda Guerra Mundial, com larga influência do modelo norte-americano, a saúde tem se organizado no Brasil de forma medicocêntrica e altamente medicalizada, sendo o discurso da atenção primária à saúde, muitas vezes, uma tentativa racionalizadora que, antes de se aproximar da multiprofissionalidade e do conceito de equipe de saúde, cria uma medicina pobre para os pobres, aquilo que Testa (1992, p. 162) denomina como “atenção primitiva de saúde”.

O pensamento dominante da saúde pública deve deixar de se vincular fundamentalmente a epidemiologia, “declarada como a ‘ciência’ que alimenta o conhecimento da saúde pública” em que deve ser quantificável e só o que é quantificável é verdadeiro, se quiser adquirir um caráter mais social no sentido da promoção da equidade. Uma outra forma de reducionismo enfrentada pela saúde pública é a forte explicação economicista que incorpora em relação a sua crise, segundo a qual “os problemas da saúde humana são vistos como questão de dinheiro; a crise dos sistemas de atenção de saúde é vista como consequência de falta de recursos, financiamento, capacidade de gestão, eficiência” (Tarride, 1998, p.39).

Por outro lado, deve-se reconhecer o esforço de epidemiologistas, como Asa Cristina Laurell e Jaime Breilh, com o que se denomina de epidemiologia crítica e de epidemiologia social, conseguindo incorporar as determinações sociais do processo saúde/doença, dando uma nova perspectiva de análise a epidemiologia. Esta perspectiva visa, enfrentando postulados teóricos-metodológicos e práticos da saúde oficial e da medicina hegemônica, construir uma nova dimensão contra-hegemônica em saúde, emancipadora e popular, entendendo-a como produto da inserção do indivíduo na forma de organização social e produtiva à qual pertence (Breilh, 1991).

Inclusive, é importante colocar que Laurell (1983), ao defender a dimensão histórica e social relacionada ao processo saúde-doença, flagra as evidentes limitações do modelo hegemônico centrado no paradigma médico-biológico, no que se refere, a compreensão e a atenção à maioria dos problemas atuais de saúde. A citada autora proclama também a necessidade de elaboração do conhecimento, acerca deste tema, capaz de atender aos interesses populares.

Na realidade a concepção de saúde tem se transformado através dos tempos e das civilizações, fato que indica sua estreita relação com a história e a organização política, econômica e cultural de um grupo social.

O projeto da Reforma Sanitária sustentou-se numa concepção ampliada da saúde, relacionada as condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer (Gerschman, 1995).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, consagrando o pensamento hegemônico, na época, dentro do movimento sanitário, assim definiu saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (...) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (NESCO, 1989, p.44).

Assim, “a saúde (...) é definida como um direito do cidadão e (...) como um dever do Estado” (Gerschman, 1995, P. 42) e na medida em que é determinada por esse conjunto de direitos, a saúde é uma explicação das condições de igualdade social, que por sua vez é “uma noção concreta sobre um cotidiano onde a garantia, de determinadas condições, permite ao homem ser livre, manifestar seu pensamento, organizar-se e lutar por aquilo que lhe parece correto” (Escorel, 1995, p.183).

Na realidade, a saúde além de ser um bem socialmente valorizado é reconhecida como um direito humano básico. Entretanto, a observação da realidade nos mostra uma grande heterogeneidade nos níveis e em estruturas de saúde tanto entre populações de vários países, como dentro de um mesmo país. A luta pelos bens e serviços específicos explica a aparição de um processo político em saúde; de maneira similar à formação de decisões sobre a alocação dos mesmos caracteriza o sistema político de saúde (Paim, 1997).

Gallo e Nascimento (1989), consideram a saúde como um direito social somente possível de ser concretizado num Estado democrático e comprometido com reformas globais na sociedade. Segundo esses autores, as garantias constitucionais na área da saúde são dificultadas por ações com marcos autoritários do Estado brasileiro. Este dispõe apenas, de uma ínfima parcela do seu orçamento à saúde, educação, alimentação e habitação, para maior parcela da população.

Na verdade, como ensina Escorel (1995, p.184) “a saúde é um elemento potencial de consenso, a forma de distribuição desse ‘direito consensual’ é que é motivo de dissenso”.

Para Facchini (1994, p. 33), não só os especialistas, mas também os cidadãos buscam estruturar logicamente elementos que expliquem “os acontecimentos que vivenciam ou lhes causam interrogações”. Historicamente, a medicina entendeu a inferência causal das doenças de três formas: “as crenças mágico religiosas, o empirismo racionalizado e a ciência”, esta última vertente hegemônica até os dias de hoje.

Moacyr Scliar (1987), além das três formas citadas por Facchini, que denomina de o olhar mágico, o olhar empírico e o olhar científico, inclui o olhar social.

Paim (1994,p.48) ensina com muita propriedade que :

(..).alterações na base econômica da estrutura social determinam mudanças nos outros andares do edifício social, tanto em relação à organização do Estado como no campo das ideologias e no desenvolvimento das instituições. Assim, mudanças significativas na estrutura econômica e na superestrutura político-ideológica servem como referência cronológica para periodizar diferentes conjunturas. Conseqüentemente, se entendermos as conjunturas como a estrutura social em movimento, cabe indagar em cada período quais os traços fundamentais que caracterizam a base econômica da sociedade e quais os distintos processos sociais que ocorrem na respectiva conjuntura e como elas determinam as condições de saúde ou perfil epidemiológico da população, de um lado, e as políticas de saúde e a organização dos serviços, de outro.

Navarro (1977) numa referência ao setor saúde nos Estados Unidos da América, que também pode ser aplicada ao Brasil e aos demais países periféricos, afirmou que as mesmas forças políticas e econômicas que determinam a estrutura de classes determinam a natureza do setor saúde.

Em função da concepção de saúde e de sua determinação os sistemas e serviços de saúde são organizados.

Mendes (1988), nos fala que existem duas grandes tendências polares que marcam os caminhos dos sistemas nacionais de saúde no mundo, tendências estas que possuem suas bases ideológicas em dois importantes relatórios produzidos na primeira metade do século XX, os relatórios Flexner e Dawson.

Há os sistemas que respondem às necessidades de mercado e que possuem uma presença estatal muito débil, restrita ao âmbito da regulação e do financiamento e/ou da prestação de serviços a grupos de risco biológico ou social.

De acordo com Mendes (1988, p.9): "...A experiência internacional aponta para o alto custo destes sistemas (...), sua baixa eficácia (...) e são reforçadores de desigualdade na medida em que dependem, fortemente da capacidade individual ou familiar de pagamento dos usuários".

De um outro lado, há os sistemas que procuram se organizar, atendendo de forma prioritária, às necessidades de saúde da população, determinadas

epidemiologicamente, através de estrutura única ou plural, com presença estatal forte na regulação do sistema e na prestação de serviços.

Estes sistemas se articulam em redes de serviço e de acordo com a experiência internacional, segundo Mendes (1988, p.10) “podem causar algum impacto epidemiológico a níveis de gastos compatíveis com a capacidade de financiamento dos países subdesenvolvidos. Constituem, também, os únicos sistemas que tendem à eqüidade na medida que em que procuram não discriminar clientes”.

Podemos afirmar que o SUS segue esta segunda tendência e o modelo liberal privatista, que será visto adiante, segue a primeira tendência.

Ainda para Mendes (1998, p.19-20) poderiam ser identificados, internacionalmente, quatro modelos institucionais de sistemas de saúde: “o monopólio estatal, o sistema público, a competição gerenciada e o livre mercado”.

Esses modelos são definidos pelas combinações de uma maior ou uma menor intervenção do Estado no financiamento, na regulação e na prestação dos serviços de saúde (Mendes, 1998).

O modelo do monopólio estatal ou modelo Semashko, ou sistema centralizado surgiu em 1920, na Rússia pós-revolucionária e se disseminou pelos países do leste europeu e posteriormente pelos países social-democratas europeus (o modelo Beveridge, na sua origem, pode ser enquadrado neste grupo). Neste modelo o Estado é ao mesmo tempo regulador, financiador e prestador de serviços, sua base doutrinária é socialista e só é encontrado hoje, em estado puro, em Cuba e no Vietnan (Mendes, 1991 e 1998).

Segundo Coelho (1998, p. 79) este “foi o modelo mais avançado de Saúde Pública: o Serviço Nacional de Saúde” e hoje o retrocesso do que foi o Estado de Bem Estar Social e do Estado do Socialismo Real levam a sua substituição.

O modelo do livre mercado ou do seguro social encontra-se no outro extremo e se caracteriza pela ausência de regulação e financiamentos estatais e pluralidade de prestadores de serviços, bem como de reguladores e financiadores. É baseado na livre troca no mercado, objetivando o lucro, possui como base doutrinária o neoliberalismo e se consolidou nos Estados Unidos, por meio do

seguro privado de saúde, estando presente no Brasil na atenção médica supletiva e na medicina liberal (Mendes, 1991 e 1998).

O modelo do sistema público é baseado na separação das funções de regulação e financiamento, que são estatais, das de prestação de serviços, onde a presença do Estado deve ser a menor possível, tendendo a ocorrer à transformação dos entes estatais prestadores, em entes públicos autônomos e com predominância da delegação estatal a prestadores privados. Possui como instrumento básico o contrato, sua base doutrinária é social-democrata e seu grande exemplo nos dias de hoje é sistema canadense (Mendes, 1998).

Finalmente há o modelo da competição gerenciada, onde a relação bilateral estabelecida entre prestador e o usuário no modelo do livre mercado é substituída por uma relação trilateral onde há a presença de uma instituição administradora, que agrega a demanda e comparece informada num mercado de oferta competitivo, controlando as falhas do mesmo e desta forma se contrapondo ao poder monopólico dos prestadores. Além disso, as instituições prestadoras competem entre si. Sua base doutrinária é o social-liberalismo e está sendo aplicado na Inglaterra (Mendes, 1998).

Quanto ao sistema de saúde brasileiro podemos afirmar que não é único, porém é um sistema plural, que Mendes (1998, p. 24) denomina de “Modelo Segmentado, composto por três sistemas: o (...) público, representado pelo SUS; o (...) privado de atenção médica supletiva e o (...) privado da medicina liberal”.

Os dois últimos são modelos do livre mercado e o SUS possui elementos do sistema público e do monopólio estatal. Para Mendes (1998, p. 24) esses três sistemas se interrelacionam, principalmente mediante a concessão de “subsídios cruzados, constituindo, no seu conjunto, um sistema perverso, ineficaz e ineficiente”.

Paim (1998, p.121) coloca, didaticamente, que um sistema de saúde é constituído por cinco elementos básicos: “infra-estrutura, financiamento, organização, gestão e modelo de atenção”.

Segundo este autor, a infra-estrutura corresponde à produção de insumos utilizados no sistema (equipamentos, medicamentos, kits, imunobiológicos, etc.), a formação de recursos humanos e o desenvolvimento científico e tecnológico,

elementos estes, que sofrem forte influência das práticas e interesses oligopólicos “da indústria da saúde” (Paim,1998).

Com a questão do financiamento procura-se identificar as fontes dos recursos financeiros utilizados no setor, principalmente a sua composição estatal e privada, seus fluxos e formas de apropriação pelos subsetores e organizações. Paim (1998, p.121) coloca que o que interessa no caso brasileiro, são “as formas de repasse de recursos entre as instâncias governamentais (federal, estadual e municipal) e destas para os agentes e serviços privados contratados pelo SUS”.

Quanto à organização devemos valorizar as formas de integração ou de relacionamento entre as diversas partes do sistema quanto às questões de referência e contra-referência, ao fluxo de informações e de recursos e notadamente quanto à estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, levando em conta a complexidade tecnológica e o perfil epidemiológico (Paim,1998).

Com referência ao componente gestão, é importante destacar os esforços das organizações visando a eficiência, a eficácia e a efetividade. Tanto as organizações públicas como as privadas buscam a combinação ótima de recursos que garantam a prestação de serviços com qualidade (Paim,1998).

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde, em 1995, permitiram criar uma tipologia dos graus de gestão alcançados, de acordo com as variações no processo de descentralização do sistema de saúde nos diversos estados brasileiros (Heimann et al, 2000).

Foram cinco os modelos de gestão apresentados:

O primeiro tipo, o modelo centralizado, onde cabia ao gestor estadual a responsabilidade pelo planejamento, controle e avaliação da rede de serviços, mesmo quando a gerência da unidade estadual estava a cargo do município que é apenas um dos prestadores. O estado concentra o comando único do sistema.

No modelo descentralizado por partilha, a gestão das unidades será repartida conforme interesses específicos, definidos em parceria entre gestores estaduais e municipais, gerando uma administração fragmentada e sem racionalidade. O estado centraliza a programação e tem papel forte, o município não avança como gestor do sistema.

O modelo municipalizado atomizado corresponde a uma gestão que, embora descentralizada para os municípios, ressenete-se da falta de coordenação por parte dos estados, que não cumprem seu papel de garantir a regionalização da assistência e a organização de um sistema de referência capaz de promover consistência à administração do SUS. O gestor municipal fica solitário na organização do modelo assistencial, com ações dispersas e deficientes.

No modelo municipalizado com ênfase na regionalização, os municípios assumem a responsabilidade pelo comando dos serviços e atividades no âmbito de seus territórios, mas há forte participação do estado assumindo as funções de coordenação da programação integrada, da regulação das relações intermunicipais e no estabelecimento de mecanismos de controle e avaliação dos sistemas municipais de saúde.

Finalmente no modelo descentralizado por níveis de hierarquia, as unidades públicas de maior complexidade e a referência regional ficam sob a responsabilidade do estado, enquanto aos municípios cabe gerenciar a assistência ambulatorial e hospitalar de menor complexidade.

Quanto ao modelo de atenção ou modelo assistencial, representa segundo Paim (1998, p.121) “o componente mais próximo do indivíduo e da população que se relacionam com o sistema de saúde”.

Para Campos (1989, p.53), um dos autores que melhor trabalha esta temática, a noção de modelo assistencial tem sido entendida de forma pétrea e condicionadora de um desenho organizacional e técnico:

Modelo Assistencial deveria ser conceituado como o modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las. Este novo conceito tem duas utilidades imediatas: uma analítica, na medida em que permite identificar um determinado modo de produção existente; e outra operacional, que possibilita a construção de novas políticas para além da anunciação de diretrizes gerais, ou seja, permite pensar modelos assistenciais novos, imaginados enquanto objetivos estratégicos a serem atingidos.

De forma concreta, para Campos, historicamente em nosso país identificam-se vários modelos assistenciais em decorrência de diferentes políticas de saúde implementadas. Prioriza três deles pela importância na conformação do

setor e por estarem, ainda presentes, no cenário político nacional e que são respectivamente por precedência histórica: o liberal-privatista, o racionalizador-reformista e o Sistema Único de Saúde.

No primeiro, que Paim (1999, p. 477) denomina de “modelo médico-assistencial privatista”, é o mercado que organiza a produção e distribuição dos serviços de saúde. Investe-se onde há possibilidade de lucro e o usuário paga pela assistência, seja diretamente ou através da Previdência Social. Isso, no entender de Campos (1989), gerou desigualdade no acesso aos serviços e estruturou duas formas de atenção: um atendimento especializado, tecnicado e resolutivo para a população de maior poder aquisitivo, e um pronto-atendimento, onde a atenção é impessoal e pouco resolutiva, comprada pelo Estado, que contratava ou credenciava hospitais e serviços.

Este modelo só conseguiu expandir-se de forma significativa no Brasil após a intervenção estatal no mercado, no sentido de aumentar a cobertura médico-hospitalar, numa lógica de atenção médica individual, curativa e economicamente racionalizadora. Neste modelo coube ao Estado o financiamento, a compra de serviços e o atendimento daqueles cidadãos que não faziam parte do mercado formal (Campos, 1989).

Desta forma, no entender de Campos (1989, p. 54-55), “desenvolveram-se no Brasil as Campanhas Sanitárias e os Centros de Saúde tradicionais que trabalhavam apenas com alguns programas considerados necessários ao controle de endemias ou da mortalidade infantil e materna”. Em um período mais recente, utilizando-se da mesma lógica, se desenvolveram, dentro da proposta de atenção comunitária aos carentes e marginalizados, os “Postinhos de Saúde”.

Esse modelo encontra-se em crise financeira, crise de eficácia e de legitimidade há muitos anos, porém ainda conta com o apoio de alguns setores da sociedade, empresários, parte dos médicos e da população de maior poder aquisitivo.

Em função da crise do modelo anterior e da pouca expressividade dos movimentos sociais, nasce, dentro do Estado, um projeto que, sem pretender eliminar com a medicina de mercado, tenta minimizar algumas distorções da sua prática liberal. Assim surge o modelo racionalizador-reformista, cujos projetos mais

importantes foram, entre outros, as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (Campos, 1989).

Esses projetos contribuíram para ampliar a capacidade de atenção do Estado e introduzir o planejamento de caráter racionalizador e normativo em saúde como substituto do mercado na alocação de recursos, constitutindo-se em um contraprojeto aos serviços prestados e organizados pela lógica liberal. Entretanto a coexistência de dois modelos opostos acaba por estagnar o avanço de ambos.

Assim, vem ocorrendo no Brasil uma penetração dos princípios e da organização liberal mesmo na parte “reformada” dos serviços; fazendo com que antigos Centros de Saúde transformem-se em Pronto-Atendimento, Hospitais Municipais sejam organizados como se fossem privados, recursos públicos continuem passando ao setor privado para financiar uma assistência ainda gerenciada pela busca do lucro. Particularmente, interessa a essa discussão assinalar que dentro desse modelo híbrido a REDE BÁSICA não tem conseguido desenvolver-se, a não ser com extensão dos pronto-atendimentos do setor privado, principalmente porque os recursos prioritariamente continuam sendo investidos com outras finalidades (Campos, 1989, p.55-56). (o destaque é do autor).

O terceiro modelo, um projeto social em construção, é o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual o planejamento substitui o mercado de modo a permitir que as necessidades de saúde sejam o critério de maior importância na organização da atenção. Exige uma rede básica bastante grande para garantir, junto com os serviços de pronto-socorro, a entrada no sistema.

Campos (1989, p.56) faz algumas considerações sobre o modo de organização da rede de saúde, considerações estas “que devem ser tomadas como OBJETIVO ESTRATÉGICO” (o destaque é do autor):

- a) constituir uma rede básica distribuída por critérios demográficos e socioeconômicos;
- b) compatibilizar as práticas preventivas, individuais e coletivas com a atenção à demanda espontânea;
- c) dispor de tecnologia, trabalhadores capacitados, apoio diagnóstico e terapêutico e infra-estrutura física capaz de possibilitar uma resolutividade de, aproximadamente, 80% dos problemas de saúde;

- d) dispor de postos na rede básica que ofereçam o maior número de atividades possível todos os dias, em diversos períodos, fazendo com que o usuário se desloque o mínimo possível da sua região;
- e) humanizar o atendimento e formar um vínculo com o usuário que seja baseado na parceria e no respeito às diferenças;
- f) construir um sistema de gerência capaz de democratizar os processos de decisão e controle com competência técnica e política.

O alcance dessas considerações, necessárias à construção do modelo, que apresenta as diretrizes e princípios organizacionais que serão descritos adiante, faz com o SUS percorra uma trajetória conflituosa em meio às suas próprias contradições e àquelas oriundas da coexistência de outros modelos.

É sempre bom lembrar que por maior que seja o arcabouço jurídico e legal que ampare um Sistema de Saúde, é no "fazer-se cotidiano" que ele adquire forma e consistência.

E torna-se importante o conceito de espaço operativo, definido por Mendes (1995b, p.139) como "aquele em que um sistema de saúde adquire concretude mediante o estabelecimento, num território determinado, de uma relação direta e recíproca entre suas unidades produtoras de serviços, geridas por uma autoridade sanitária e uma população dada, com suas necessidades e representações. Ou seja, o espaço operativo é o espaço do Distrito Sanitário."

Silva Júnior (1998) analisando, em seu livro "Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva", três propostas alternativas "de considerável produção intelectual e postas em prática em projetos de governo", o "Silos-baiano", a "Saudicidade" de Curitiba e a "Em defesa da Vida" do Lapa/Unicamp, mostrou que graças a participação da Opas (a qual, Mendes representava no Brasil), "a vertente Silos brasileira [na qual se situavam as duas primeiras propostas] cresceu e acumulou força política criando um bloco poderoso na argumentação e definição da Política de Saúde no Brasil" (Silva Júnior, 1998, p. 130).

A visualização do "Silos brasileiro" se deu a partir da idéia de distrito sanitário, que apóia-se nos conceitos fundamentais de problema, prática sanitárias

e está associada a uma base territorial que, em função do modelo adotado na organização dos serviços para resolver problemas de saúde, deve adotar uma concepção dialética de território, o território-processo.

Para Giacomini(1992, p.60):

Nesta concepção o espaço social é organizado conforme uma construção dinâmica, que leva em conta as tensões e os conflitos sociais existentes [...] que apontam para a construção de critérios que levam em conta a cultura, a participação política da sociedade organizada, o perfil epidemiológico da saúde/doença, a realidade sócio-econômica que divide a sociedade em classes e frações, diferentes umas das outras em seus modos de viver, adoececer e morrer.

De acordo ainda com Silva Júnior (1998, p. 131) as duas propostas ligadas ao “Silos”, “constituem o pólo dominante do campo científico/político da Saúde Coletiva, caracterizado por um certo ‘pragmatismo político’ que aceita certas ‘simplificações’ ou ‘mutilações’, como ‘o possível nesta conjuntura política’, ou seja, promovem sua ascensão no campo ‘por dentro’ do modelo hegemônico”.(Grifos do autor).

No outro lado, a proposta do grupo Lapa da Unicamp, “Em Defesa da Vida” seria de crítica ao segmento dominante, de defesa “intransigente” na implementação dos ideais da Reforma Sanitária, “em especial na democratização das relações Estado/Sociedade e na criação de novos sujeitos sócias capazes de construir uma coalização contra-hegemônica” (Silva Júnior, 1998, p. 131).

Silva Júnior (1998) finalmente mostra a fragmentação do campo da Saúde Coletiva, onde cada proposta estaria vinculada a determinado grupo na luta pelo poder, o que levaria ao enfraquecimento político contra o modelo hegemônico.

De qualquer forma estas experiências referenciaram diversos municípios pelo Brasil afora.

Outros municípios, buscando a operacionalização do modelo, através da construção dos distritos sanitários, foram buscar suas referências na experiência de outros países cujos sistemas de saúde são reconhecidos mundialmente. Os três modelos estrangeiros que mais têm inspirado as experiências nacionais, são o cubano, o canadense e o inglês (Silveira, 1999).

Em Cuba a saúde é concebida como um componente essencial da qualidade de vida e como um objetivo estratégico do desenvolvimento, por esse motivo o Estado assume integralmente a organização e o financiamento da atenção a saúde de seus cidadãos com base nos princípios da gratuidade e da acessibilidade dos serviços (Fernández, 2000, p.191).

Não é, por tanto, um problema meramente teórico, mas principalmente uma questão prática e intersetorial que precisa ser enfrentado pela saúde pública. Entendem que a categoria saúde/doença é social e histórica e sofre mudanças em função dos modelos de produção econômico-sociais e das bases de justiça social e equidade que fundamentam a organização de determinado grupo social. Sendo assim, as instituições responsáveis pela saúde, bem como a própria saúde, não podem ser concebidas como autônomas ou independentes da sociedade à qual pertencem e que as produziu (Dupuy, 1991).

O Sistema Nacional de Saúde é único, integral, regionalizado, descentralizado e estruturado em três níveis administrativos: o Ministerio de Salud Pública e as Direcciones Setoriales Provinciales e Municipales de Salud Pública (Fernández, 2000, p.191).

O desenvolvimento da saúde pública cubana, no período revolucionário socialista, apresentou segundo Delgado Garcia (1998), quatro fases distintas:

- Uma primeira etapa de integração do Sistema Nacional de Saúde Único (1959 e a década de 60);
- Uma segunda de consolidação do Sistema, nos anos 70;
- Uma terceira de incorporação e desenvolvimento de alta tecnologia médica e impulso as investigações e implantação de ações de saúde para toda a população através do médico de família, nos anos 80;
- Uma quarta etapa, que vem até os nossos dias, de luta pela preservação das conquistas na área da saúde pública e o seu desenvolvimento em meio às condições de profunda crise econômica iniciada nos anos 90.

Resumindo as principais medidas adotadas, pelo Ministério da Saúde cubano, no período de trinta anos de revolução teríamos (Silveira, 1999):

- a) decisão política do Estado e do governo para realizar transformações profundas em saúde;
- b) reconhecimento da saúde como um direito do povo e um dever e responsabilidade do Estado;
- c) garantia da saúde a cada cidadão, pelo Estado, tornando gratuita a atenção à saúde para grupos, famílias e indivíduos;
- d) criação de um único órgão de saúde – o Ministério de Saúde Pública – com a responsabilidade principal de garantir a saúde de toda a população;
- e) a medicina tem uma base profundamente profilática, curativa, integral, sociobiológica e não exclusivamente biologicista;
- f) aumento substancial do orçamento para a saúde pública, visando atender às necessidades crescentes da medicina hospitalar e ambulatorial;
- g) garantia da atenção à saúde através da medicina familiar: há uma policlínica e um consultório de médico de família para cada 720 indivíduos, atendendo toda a população urbana e rural;
- h) participação das massas na solução dos problemas de saúde da nação por meio das diferentes instâncias do poder popular e organizações de massas;
- i) desenvolvimento, em todos os níveis de saúde pública, de um processo de integração da assistência, docência e investigação.

Desde 1984, no centro da atenção primária de saúde em Cuba, aparece a figura chave do médico de família que, juntamente com sua enfermeira trabalham em um consultório e cobrem parte da cidade ou um povoado nas zonas rurais. Geralmente vivem onde trabalham e possuem a responsabilidade de velar pela saúde de 120 famílias, algo em torno de 600 a 800 pessoas, desde a infância até a velhice. Atendem tanto em consultório como em visitas domiciliares e possuem disponibilidade plena para o exercício desta atividade (Eisen, 1996).

O programa Médico de Família na cidade de Niterói, no estado do Rio de Janeiro, que teve seu início em 1991, possui forte influência dos pressupostos elaborados pelo Ministério da Saúde de cubano (Vasconcelos, 1998).

De acordo com a mesma autora (Vasconcelos, 1998, p.167), o encarte de divulgação do programa de Niterói cita o modelo cubano:

O Plano Médico de Família de Cuba fundamenta-se na concepção humanística, a qual prioriza o homem como sujeito de sua história, a partir de determinantes sociais. Em termos de programação, o conceito de medicina familiar não estabelece uma relação de subordinação entre partes ou níveis, e sim uma matriz de inter-relações de apoio e fortalecimento, o que não é confundido com a quebra de hierarquização dos níveis de atenção.

Para Vasconcelos (1998, p.167), o programa Médico de Família de Niterói, para viabilizar seu projeto político, foi criado como uma estrutura paralela à chamada “rede”. “A equipe básica era formada pelo médico generalista e a auxiliar de enfermagem, tendo por retaguarda à sua prática clínica, supervisores por áreas de: clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgia geral, saúde mental, epidemiologia, enfermagem e serviço social”.

No Canadá, país federativo parlamentarista, o setor saúde, apesar de ser responsabilidade das províncias, possui um grande comprometimento do governo federal que paga 50% dos custos dos serviços desde que as províncias atendam aos princípios estabelecidos, quais sejam: a universalidade, a integralidade, a gestão pública dos serviços, a acessibilidade e a transferência dos direitos dos cidadãos de uma província a outra (Conill, 1999).

O modelo canadense aproxima-se do movimento de cidades saudáveis da Organização Mundial de Saúde, no qual verifica-se a ênfase da saúde como política central de governo e a articulação intersetorial como principal estratégia de atuação (Silva Júnior, 1998, p.94).

No Québec, a província francófona, última a implantar as medidas definidas pelo "The Medical Care Act" da década de 60, os princípios estabelecidos já mencionados, em muito foram ultrapassados, sendo constantemente citado como modelo de sistema de saúde a ser seguido, mas é necessário assinalar que o Québec não encontra-se distanciado da tendência mundial de controle de custos no setor saúde (Conill, 1999).

O Estado canadense procura promover políticas e legislação ambiental e educacional, bem como estabelecer parcerias com a comunidade que lhe garantam exprimir suas necessidades e buscar soluções.

Pretende-se uma política de saúde baseada na participação da comunidade, cooperação multissetorial e horizontal.

Assim sendo, uma cidade saudável é aquela que está continuamente, modificando e recriando mecanismos sociais que permitam mudanças não só nos indicadores de saúde, mas também nos processos desenvolvidos para a sua produção. Neste enfoque, a atuação do setor saúde deve dar ênfase à prevenção e a tomada de decisão deve ser com partilhada entre os segmentos da comunidade e governo.

Deve ainda, haver co-responsabilidade na construção e desenvolvimento dos processos geradores de saúde, sendo que, os principais pontos a serem trabalhados de forma indissociável no projeto das cidades saudáveis são a eqüidade, a economia e o desenvolvimento.

O atendimento médico é acessível a toda a população, sem necessidade de contribuição financeira direta, sendo prestado por médicos que trabalham nos Centros Locais de Serviços Comunitários, que foram originalmente criados para serem as portas de entrada do sistema e por médicos que trabalham em hospitais e clínicas privadas, representando esses dois últimos grupos, associados com a crescente procura dos serviços de emergência, a real porta de entrada do sistema (Conill, 1999).

O médico de família deve incorporar em sua prática quatro princípios de medicina familiar, que segundo Talbot (2000), seriam:

- habilidade clínica, centrada no paciente, contextualizada na realidade do mesmo, desenvolvendo parceria e comprometimento, com conhecimentos baseados em evidências, com capacidade para analisar condições comuns na comunidade e lidar com situações menos comuns mas que impliquem em risco de vida;
- deve ser fonte de recursos para uma população definida , onde a sua população será tratada como uma população de

risco, avaliando novas informações como relevantes para sua prática, mantendo registros e sistemas de informação, promovendo a saúde, realizando uma prática reflexiva, sendo advogado do seu usuário nas políticas públicas de saúde e responsabilizando-se com o sistema de saúde, quanto ao manejo de recursos e necessidades de referência;

- deve basear-se na comunidade, respeitando-a e a suas características, cuidando dos pacientes em diferentes contextos (casa, clínica, trabalho, hospitais), fazendo parte de uma rede de serviços e desenvolvendo um programa de prevenção com componentes clínicos e comunitários;
- a relação do médico da família com o paciente e sua família torna-se central, com o abandono de atitudes de “eu” e “poder” com relação ao paciente, com comprometimento com o paciente em primeiro lugar, com continuidade dos cuidados ao longo do tempo e sempre escutar o paciente e sua família.

Hoje 50% dos médicos canadenses são médicos de família, com um papel bem diferenciado e com um conjunto de competências bem definidas (Talbot, 2000).

Já o modelo inglês constrói-se, historicamente, na primeira metade do século XIX, quando em virtude da conjuntura política e econômica, o Estado liberal não consegue mais evadir-se das investigações sobre as condições de vida nas cidades, das ações de saneamento do meio, do controle das endemias e da assistência médica aos pobres no âmbito local (Silva Júnior, 1998).

Segundo Rosen (1994), a Lei dos Pobres na Inglaterra constituiu-se em um sistema de assistência que surge no século XVI e subsiste até a Segunda Guerra Mundial, tendo sido alvo de diversas mudanças nesse longo período.

Donnangelo (1976, p. 64) afirma que “a Lei dos Pobres introduz na história da medicalização um princípio de intervenção médica que corresponde tanto a uma forma de permitir que a pobreza tenha acesso em algum grau ao cuidado médico, quanto a uma modalidade de defesa econômica e política da sociedade”.

Por volta de 1600 a pobreza e o desemprego já assumiam proporções alarmantes na Inglaterra isabelina, fazendo com que o Estado assumisse o problema que a Igreja não conseguia mais resolver. As freguesias foram orientadas a arrecadar impostos, conseguir empregos, punir os indolentes e prestar caridade aos idosos, doentes e incapacitados.

É importante ressaltarmos as palavras de Caponi (2000, p. 23) que nos mostra que este conjunto formado pelas “43 leis de Isabel, também conhecidas como Lei de Pobres (...) representa o mais antigo e o mais claro exemplo de coerção compassiva”, ou seja, a caridade passa a ser utilizada para legitimar as desigualdades, realizar uma assistência médica fiscalizadora e controladora, que em última análise serviria para garantir a proteção das elites. Ou como afirma Coelho (1998, p. 93-4) “A Lei dos Pobres configura a trilogia do trabalho, da ajuda e dos cuidados ou seja prescreve métodos de repressão com assistência financeira e médica O pobre se define pelo ‘não - trabalho’ na concepção de indigência ou mendicância, jamais como ‘desemprego’.” (os grifos são do autor)

No século XVIII, os trabalhadores que recebiam salário abaixo da faixa de subsistência passaram a receber pensões que, por sua vez oneraram de tal forma os gastos do Estado que levaram à votação, em 1834, de uma “nova Lei dos Pobres, que concentrou a atenção nos problemas de saúde das comunidades urbanas” (Rosen, 1994, p.161).

Esta por sua vez era bem mais dura, sendo que a pobreza dos fisicamente capazes era entendida como uma falha moral. A assistência passa a ser restrita às casas asilares. O crescimento de filosofias humanitárias no século XIX leva ao abrandamento da nova lei.

É preciso entender que é a partir da Lei dos Pobres que a medicina inglesa torna-se social, impondo um controle médico sobre o pobre. Um elo de autoritarismo une ricos e pobres nas cidades, os primeiros garantindo não serem afetados pelas epidemias originadas nas classes pobres e os segundos podendo se tratar gratuitamente ou com baixo custo. Esta forma de atenção torna as classes pobres mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas (Foucault, 1998).

Em 1875, a criação do *health service*, com seus aproximadamente mil *health officers*, garante coletivamente o mesmo controle já mantido pela Lei dos Pobres. Este serviço tinha por funções localizar e intervir nos locais insalubres, controlar e obrigar à vacinação e localizar e registrar a ocorrência de doenças epidêmicas. Tal forma autoritária de controle médico não se desenvolve impunemente e é enfrentada, historicamente, por diversos grupos, principalmente de dissidência religiosa (Foucault, 1998).

A primeira metade do século XX com duas guerras mundiais, algumas revoluções e a crise capitalista dos anos 30 e a pressão de organizações emergentes de trabalhadores, acabam por reforçar a intervenção do Estado na economia, levando ao desenvolvimento de políticas sociais que terminam por gerar o Sistema Nacional de Saúde britânico.

A legislação social inglesa substitui as Leis dos Pobres por um abrangente sistema de serviços públicos. O desemprego industrial do século XX mostrou também as determinações estruturais da pobreza.

A medicina social inglesa permitiu a coexistência de três sistemas de atenção à saúde em um mesmo grupo social: uma medicina assistencial dirigida aos mais pobres, uma medicina coletiva encarregada de atuar sobre situações de risco coletivo (vacinas, epidemias, etc.) e uma medicina privada cujo benefício restringe-se à população que dispõe de meios para comprá-la. Este modelo tem inspirado a organização de diversos sistemas nacionais de saúde, inclusive o brasileiro.

Em 1920, um médico inglês chamado Bertrand Dawson critica o modelo americano sistematizado por Flexner e propõe a reestruturação dos serviços de saúde na Inglaterra. Tinha o Estado como provedor e gerenciador de políticas de saúde executadas por serviços “responsáveis por ações preventivas e terapêuticas em regiões específicas”. Também falava em ações coordenadas realizadas por “médicos generalistas capazes de atuar sobre os indivíduos e sobre as comunidades” (Silva Júnior, 1998, p. 54).

Os serviços para as famílias de uma região específica devem possuir como base um centro primário de saúde, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços de medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos

generalistas, junto com um serviço de enfermagem eficiente e que tenha a colaboração de consultores e especialistas visitantes. Os centros de saúde serão de diferentes tamanhos e níveis de complexidade, de acordo com as condições locais ou quanto à sua localização na cidade ou áreas rurais. O pessoal consiste, na sua maioria, de médicos do distrito correspondente, sendo possível assim para os pacientes seguir com seus próprios médicos. Um grupo de centros primários de saúde deve, por sua vez, ter um centro secundário de saúde como base.[...] Os centros de saúde secundários, por sua vez, devem formar vínculo com o hospital (Dawson, 1920, apud Silva Junior, 1998, p.54-55).

Silva Junior (1998, p. 56) salienta que a “aparente polaridade” da medicina flexneriana norte-americana - tecnicizada, especializada, medicalizada, hospitalocêntrica, medicocêntrica e de alto custo - com a proposta de Dawson verdadeiramente representa “os dois lados de uma mesma moeda”.

Navarro (1984, apud Silva Junior, 1998, p. 56) analisando a construção do Sistema Nacional de Saúde inglês, afirma que a conjuntura política e econômica inglesa da época fez com que o Estado incorporasse as demandas dos trabalhadores sem que fosse “alterada a estrutura de dominação de classe e de hierarquia de poder”. Esta política atenuou as vocações socialistas do Partido Trabalhista inglês na década de 40 e a proposta de Dawson foi implantada nessa mesma década com o plano Beveridge.

Desta forma, os médicos generalistas, considerados como de menor prestígio profissional, passaram a atender às periferias urbanas e às classes trabalhadoras, sendo cooptados pelo Sistema de Saúde, que os utilizava como “filtro de triagem” para a rede hospitalar e especializada (Silva Júnior, 1998, p. 56). Ainda hoje, a indústria médico-farmacêutica influencia fortemente a tendência dos gastos em saúde quando fixa os preços dos produtos comprados pelo Estado inglês.

De acordo com as observações realizadas por Silveira (1999, p. 35) em sua dissertação de mestrado, baseada em palestra proferida em Curitiba pelo Dr. Walter W. Rosser, professor do Departamento de Família e Medicina Comunitária da Universidade de Toronto, as práticas generalistas continuam a ter importante papel no Serviço Nacional de Saúde britânico:

Mais da metade dos médicos na Grã-Bretanha são médicos gerais comunitários (general partitioners - GPs). Todo cidadão britânico deve se registrar com um GP,

que é sua porta de entrada para o sistema. Um especialista só atenderá um paciente se ele for referenciado por um médico geral comunitário. Os GPs são pagos por um sistema de captação e são encorajados a trabalhar junto com uma enfermeira comunitária, fisioterapeutas e outros profissionais da saúde. A partir de 1990 o médico geral comunitário, que possui mais de 7.000 pacientes cadastrados, deve manter um contrato com hospitais e especialistas para garantir a atenção em todos os níveis. Isto força os hospitais a melhorar a qualidade da atenção e, acredita-se, a baixar o custo do atendimento. O sistema britânico tem estimulado os GPs a desenvolverem clínicas e, com a ajuda de outros profissionais, ofertarem algumas práticas específicas, além de fazerem visitas domiciliares na comunidade.

O modelo inglês é reconhecido internacionalmente pela sua resolutividade e é utilizado como referência para diversas experiências, inclusive na Ásia e África de influência inglesa (Silveira, 1999).

O que chama a atenção na abordagem dos três modelos é que, em fases mais atuais de seu desenvolvimento na década de 80, assumem como marco conceitual às recomendações da Conferência de Alma Ata, que referenda os cuidados primários de saúde e a racionalização de recursos como estratégias para alcançar o objetivo de saúde para todos no ano 2000. Um segundo ponto é que os três modelos citados são medicocêntricos, ou seja, têm neste profissional o pilar do sistema.

6. CONTEXTUALIZANDO O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

Canção amiga
(Carlos Drummond de Andrade)

Eu preparo uma canção
em que minha mãe se reconheça,
todas as mães se reconheçam,
e que falem como dois olhos.

Caminho por uma rua
que passa em muitos países.
Se não me vêem, eu vejo
E saúdo velhos amigos.

Eu distribuo um segredo
como quem ama ou sorri.
No jeito mais natural
dois carinhos se procuram.

Minha vida, nossas vidas
formam um só diamante.
Aprendi novas palavras
e tornei outras mais belas.

Eu preparo uma canção
que faça acordar os homens
e adormecer as crianças.

Nos tempos do Brasil colônia e do império, as relações de produção predominantes eram escravagistas e em virtude dos baixos preços pagos pelos escravos não havia uma preocupação maior com a saúde dessa força de trabalho. A medicina pouco desenvolvida da época era limitada aos militares e altos funcionários da Corte.

Poucas modificações ocorrem na organização e no planejamento da saúde coletiva até o século XIX no Brasil. Até os primeiros vinte anos de 1800, a organização da saúde pública baseava-se nas figuras do físico-mor, do cirurgião-mor e do provedor de saúde dos portos. Assim o Brasil entra no século XIX doente e sem recursos institucionais para enfrenta-los (Pires, 1989, p.61).

Em 1808, com a vinda da família real, foi instalada na Bahia a primeira Faculdade de Medicina do Brasil e em 1822 com a declaração de nossa

independência política ocorreu uma certa expansão mercantil com preços mais baixos de matérias-primas exportadas, graças à mão-de-obra escrava.

As doenças prevalentes, até fins do século XIX, eram as pestilenciais, principalmente a varíola, a febre amarela e além dessas, também a tuberculose e a malária apresentavam-se como doenças com elevado coeficiente de mortalidade (Rocha & Nunes, 1994; Costa, 1986).

O quadro institucional de saúde, apesar de sofrer profundas modificações durante o decorrer do século XIX, com a estruturação do Estado brasileiro e o surgimento da política higienista, como uma estratégia do poder para o controle dos corpos e do espaço social, permanece até o século XX sem uma organização capaz de responder pelas ações no nível nacional, estadual e municipal articuladamente e inter-relacionando formação, assistência e pesquisa. Caracteriza o período a multiplicidade de comando e de informações, onde vários e periódicos avisos e decretos determinavam normas e modificavam funções, muitas vezes com ordens contraditórias (Pires, 1989, p.65).

A herança deixada pelo Império, em termos de organização sanitária, caracteriza-se, exatamente, pela centralização e pelo caráter repressivo (polícia médica), diante dessas doenças (Paim, 1994).

A proclamação da República em 1889, logo após a abolição da escravatura, facilitou a implantação do modo de produção capitalista no país, que criou condições para o desenvolvimento industrial e a expansão econômica com os excedentes econômicos gerados pela produção do café, no final do império e com os capitais ingleses aplicados no Brasil, notadamente nos setores de transporte e energia, (Paim,1994).

Na República Velha, o Estado brasileiro foi dirigido “por uma oligarquia agro-comercial” (Dreifuss, 1981, p. 21), que de acordo com Paim (1994) era agrário-exportadora na economia e liberal-oligárquica na organização política e permitiu a instalação do modo de produção capitalista na estrutura da sociedade brasileira.

A partir de interesses agrários, agro-exportadores e comerciais importadores, essa oligarquia formou um bloco de poder do qual participavam as elites agrárias de São Paulo, de Minas Gerais e do Nordeste (Dreifuss, 1981) e que possuía uma forte concepção liberal somente naquilo que o indivíduo sozinho

ou a iniciativa privada não pudesse fazê-lo. Dessa forma, as políticas de saúde eram definidas dentro dessa concepção dominante (Paim,1994).

De fato ocorre um rearranjo das instituições políticas com a conservação dos diversos poderes regionais com o nascimento do que Mehry (1987, p. 56) denomina de “fase de hegemonia das oligarquias modernas”.

Costa (1986, p.12) apresenta o seguinte comentário a respeito das políticas de saúde daquele momento histórico:

As políticas de saúde pública se caracterizariam, a partir do início do século, por se articularem aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes nacionais. As práticas sanitárias visaram, fundamentalmente, o controle de um conjunto de doenças que ameaçava a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades econômicas capitalistas no espaço da cidade e outras áreas do campo.

Com o crescimento da industrialização e da urbanização, grandes contingentes populacionais passam a se concentrar em centros urbanos com deficiências de infra-estrutura. Desta forma, foram criadas condições que permitiram ampliar a propagação de doenças transmissíveis, como a varíola e a febre amarela (predominantemente pestilenciais), bem como da tuberculose, da sífilis e das endemias rurais (doenças de massa). O Estado, apesar da ideologia liberal, foi reagindo às condições de saúde da população, normatizando e organizando a produção e a distribuição de serviços de saúde (Paim,1994).

Na realidade, a atenção do Estado, se concentrava naqueles problemas de saúde que diziam respeito aos interesses específicos do capital comercial: o saneamento urbano, a insalubridade dos portos, a atração e retenção de mão-de-obra e as endemias rurais, com o Estado promovendo amplos programas de combate a algumas doenças, “através de medidas de caráter autoritário, discricionário e impopular” (Aguilera & Bahia, 1993, p.04).

É nesse contexto que Oswaldo Cruz combate à febre amarela no Rio de Janeiro, implanta a vacinação obrigatória contra a varíola e realiza em 1904 uma reforma sanitária, ampliando os poderes da Diretoria Geral de Saúde Pública, criada em 1897 e garantindo uma maior intervenção do Estado na saúde. Priorizam-se os saneamentos terrestre e marítimo, com o desenvolvimento da

política sanitária e elaboração do código sanitário (Costa, 1986; Aguilera & Bahia, 1993; Paim, 1994).

Era o início do chamado sanitário campanhista, com as ações de saúde sendo executadas sob forma de campanhas verticais e descontínuas, distantes da assistência médico-hospitalar (Paim, 1994).

Nessa conjuntura, inicia-se um desenvolvimento capitalista retardatário que tem como características segundo Paim (1994, p. 50):

- *incipiente divisão do trabalho;*
- *baixo índice de assalariamento;*
- *grande concentração regional;*
- *restrito mercado de trabalho;*
- *baixo poder de difusão das relações mercantis;*
- *limitado e descontínuo processo de formação de classes e frações de classes a nível nacional.*

A partir dos anos vinte há uma crise do padrão exportador capitalista diante dos preços obtidos pelo café no mercado internacional que se repercute numa crise do Estado que leva a consolidação de novos centros econômicos regionais e ao deslocamento do poder político “das tradicionais elites agrárias para novos grupos urbanos” (Dreifuss, 1981, p. 21).

A hegemonia no controle do Estado passa a ser disputada pelas diferentes frações (agrária, mercantil, financeira e industrial) burguesia de caráter regional que se formava. Os trabalhadores praticamente não dispunham de organizações próprias e de articulação a nível nacional. Porém, em virtude das condições insatisfatórias de vida e de trabalho, surgiram movimentos sociais reivindicatórios, que inicialmente foram “enfrentados pelo Estado como caso de polícia, mas posteriormente assumidos como questão social” (Paim, 1994, p. 50).

Em 1923, como resposta as contradições geradas, na estrutura social, pelo desenvolvimento capitalista, é aprovada a Lei Elói Chaves, organizando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), originando a previdência social no Brasil.

...com a aprovação da Lei Eloy Chaves, surge a Previdência Social no Brasil e cria-se a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões, dos Ferroviários, a qual seguiram-se outras CAP's. formadas por categorias urbanas, com maior poder de

mobilização e pressão. As CAP's eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários (1% da renda) e trabalhadores (3%). Em 1930, já existiam 47 CAP's mas que davam cobertura a apenas 142.464 beneficiários. Em 1936, o país contava com 183 CAP's, mas a imensa maioria da população permanecia excluída do acesso aos serviços de saúde, restando-lhes a compra de serviços privados, o amparo das instituições de benemerência ou a desassistência (Chioro e Scaff, 1998, p.2).

Também, em 1923 é implantada, por Carlos Chagas, a nova organização sanitária, ampliando as atribuições do Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão, agora vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e contemplando a tuberculose, a lepra, as doenças sexualmente transmissíveis e a infância (Paim 1994).

Em 1926, surge um decreto, que não chegou a entrar em vigência, visava a assistência médico-hospitalar e a expansão da iniciativa privada na saúde. Paim (1994, p.51), assim se refere a este período: “É, portanto, nessa conjuntura que a organização de serviços de saúde no Brasil nasce de forma dicotomizada, separando as ações de saúde pública das de assistência médico-hospitalar. Assim as políticas de saúde do Estado brasileiro seguem um duplo caminho: saúde pública de um lado e medicina individual (previdenciária e privada), do outro”.

Em 1930, um golpe de Estado contando com o apoio de segmentos urbanos e incluindo frações da classe trabalhadora, promoveu mudanças nos aparelhos do Estado, ampliando as suas bases sociais. Agora a acumulação capitalista passa a ser dominada pelo capital industrial, entretanto as oligarquias agrárias ainda preservam muito dos seus interesses sendo estabelecido “um novo compromisso de classe no poder” (Dreifuss, 1981, p. 22).

Nos quinze anos de ditadura, o Estado passa a dispor de relativa autonomia diante das classes em luta o que possibilita a organização de um Estado nacional e a emergência de uma política nacional de saúde (Paim 1994).

O Departamento Nacional de Saúde Pública transforma-se em Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, fortalecendo-se as teses campanhistas e vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, instalado em 1930 e surgem os Institutos de Aposentadoria e Pensões (Aguilera & Bahia, 1993; Paim, 1994).

A partir do Estado Novo de Getúlio Vargas, sob a doutrina do seguro e com orientação de economia dos gastos, teve início a implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), estruturados por categorias profissionais e não mais por empresas. O primeiro IAP foi o dos marítimos, criado em 1933, seguindo-se o dos comerciários e bancários (1934), industriários (1936) e o dos servidores do Estado e trabalhadores em transporte de cargas (1938) (Chioro e Scaff, 1996, p. 2).

Era uma atribuição central e obrigatória das CAP's a assistência médica. Já nos IAP's assumia caráter secundário (principalmente no período de 30-45), pois o que se buscava era a contenção de gastos, num regime de capitalização (Chioro e Scaff, 1996).

Os IAPs são autarquias o que na teoria implicaria em direitos iguais para cada categoria (Aguilera & Bahia, 1993). Seu financiamento e gestão são tripartites (Estado, empresa e trabalhadores) e seus recursos foram utilizados para o desenvolvimento da indústria de base, fundamental para o sucesso da industrialização e do capitalismo no Brasil. “A capitalização da Previdência transformou-a em sócia privilegiada do Estado, das empresas estatais que começavam a surgir e das privadas que destas dependiam”. (Chioro e Scaff, 1996, p. 2)

A partir de então são institucionalizadas campanhas sanitárias que progressivamente vão se transformando em órgãos integrantes da estrutura, primeiramente, do Departamento Nacional de Saúde e, depois de 1953, do próprio Ministério da Saúde, finalmente criado, justificado pelo crescimento das ações de saúde pública (Paim 1994).

Segundo Aguilera & Bahia (1993, p.5) “em 1937 é instituído o Serviço Nacional de Febre Amarela; em 1939, o Serviço de Malária no Nordeste e em 1940, o Serviço de Malária na Baixada Fluminense”.

Em seguida outros serviços são incorporados como o de combate às endemias (1941). Em 1943, surge o Serviço Especial de Saúde Pública, que em 1960 seria transformada em Fundação SESP; em 1948 é elaborado o plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia); em 1956 instala-se o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) (Paim 1994).

Concomitante a institucionalização da saúde pública, sejam os órgãos responsáveis pelo “sanitarismo campanhista” (campanhas específicas) ou os

estruturados sob o modelo americano do “sanitarismo dependente” (SESP), os diferentes institutos (IAPs) criam serviços próprios de assistência médico-hospitalar ou contratam serviços da iniciativa privada. Os estratos sociais com melhor nível de renda utilizam os serviços médico-hospitalares particulares e a população não-previdenciária possuía acesso restrito aos serviços filantrópicos ou públicos, como indigentes (Paim, 1994).

É interessante observar que a mesma estrutura social que produzia as doenças de massa relacionadas com a pobreza e gerava processos sociais que influenciavam no perfil demográfico e nas condições de saúde da população, não era capaz de garantir a ação do Estado para prover uma atenção universal e integral à saúde (Paim, 1994).

Inclusive o “sanitarismo desenvolvimentista” que influenciou fortemente nas políticas de saúde da década de 50 não apresentou propostas capazes de enfrentar a complexa situação de saúde que se configurava. Acreditava-se que o desenvolvimento econômico, por si só, melhoraria as condições de saúde, não questionava o tipo de desenvolvimento, nem a importância das ações específicas dos serviços de saúde (Paim, 1994).

O processo de industrialização avança, tendo o capital industrial como motor da acumulação, porém a carência de um setor industrial gerador de meios de produção confere um caráter restrito à acumulação, pelo menos, até 1955.

Nessa conjuntura, vai ocorrendo a transição do capitalismo competitivo para o capitalismo monopolista, especialmente com a internacionalização da economia brasileira efetivada no período do governo de Juscelino Kubitschek.

A economia urbano-industrial, com a expansão das migrações internas da população do campo para as cidades, preserva a estrutura agrária de qualquer reforma e possibilitava a penetração do capital multinacional através das indústrias automobilística e farmacêutica, entre outras.

Agora, já não bastava sanear o espaço de circulação das mercadorias. Era preciso atuar sobre o corpo e garantir a capacidade produtiva do trabalhador e o sanitário camponês, por não responder as novas necessidades, deveria ser substituído por um outro modelo (Mendes, 1995a).

Os IAP's experimentaram considerável ampliação de sua estrutura, principalmente a hospitalar. A grande maioria dos hospitais públicos brasileiros foi construída neste período. Concomitantemente, cada vez adotava-se mais o modelo de saúde norte-americano, incorporando-se indiscriminadamente tecnologia numa visão de saúde hospitalocêntrica e, naturalmente, de alto custo, favorecendo o fortalecimento da indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares (Paim, 1994).

Assim, a medicina se afirmava pelo modelo liberal para os segmentos da população que podiam pagar pelos serviços particulares e assumia, de modo progressivo, um padrão empresarial, vendendo serviços no mercado ou ao Estado (mediante contratos com os IAPs). Estes institutos ampliavam seu raio de ação, independentemente da disponibilidade de bases financeiras, diante das pressões por consumo de serviços das massas urbanas, de um lado, e por interesses clientelistas que marcaram a atuação populista dos governos até 1964 (Paim, 1994).

Desse modo, a expansão da assistência médico-hospitalar entre 1946-1964 vai superando, nessa conjuntura, as ações e serviços de saúde pública e criando as bases para a capitalização da medicina e do setor saúde.

O modelo de desenvolvimento baseado na substituição de importações que marcou a década de 50, propiciando um grande salto na indústria, esgotou-se no início dos anos 60. O crescimento econômico enfrentou dificuldades exatamente num período de maior mobilização dos segmentos sociais urbanos, que pressionavam por melhores condições de vida e por reformas sociais.

Pode-se dizer que do final do século XIX até metade dos anos 60, praticou-se como modelo hegemônico de saúde o sanitarismo campanhista, de inspiração militar, que visava o combate às doenças através de estruturas verticalizadas e estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades, que vem a ser transformado, fundamentalmente, após o golpe militar de 1964. A partir daí desenvolve-se a construção de um modelo médico assistencial privativista até que, na década de 80, tem início o projeto neoliberal (Mendes, 1995₁).

Em dezembro de 1963, no governo João Goulart, na III Conferência Nacional de Saúde, o então ministro da saúde Wilson Fadul apresenta uma

proposta de municipalização da saúde (Paim, 1999; Heimann et al.,2000; Da Silva, 2001).

O pacto populista que até então manipulava as demandas dos trabalhadores em função dos interesses dominantes, já não se mostrava tão eficaz na visão das classes dirigentes (inclusive das camadas médias), que se sentiram ameaçadas pelo que chamavam de comunismo ou "república sindicalista". Desse modo, mais uma vez, as Forças Armadas intervêm no processo político através de um golpe militar, depondo o Presidente da República eleito e instalando um regime autoritário que vai durar 21 anos.

A ruptura institucional ocorrida com o golpe de 1964 abortou o desenvolvimento da proposta descentralizante, são intensificados os processos de centralização e de privatização (Paim, 1999; Heimann et al.,2000; Da Silva, 2001).

Com o golpe de 64 estabelece-se um movimento de desmunicipalização das responsabilidades sociais, no âmbito do Estado, retira-se os municípios das políticas sociais (Goulart, 1996).

Esta solução de continuidade gera imediatamente conseqüências para as estruturas previdenciárias. Os trabalhadores têm, primeiramente, diminuída e mais tarde abolida sua representação. O regime passa a privilegiar, na direção dos institutos, "grupos com interesses convergentes: proprietários de hospitais e clínicas credenciadas, grandes empresários e os antigos burocratas dos institutos favoráveis à limitação dos benefícios" (Aguilera & Bahia, 1993, p.6).

A transformação ocorrida é crucial para a organização dos serviços de saúde. Esta passa a ser tratada como uma política nacional, ainda que de forma absolutamente centralizada, a tal ponto que, em 1967, os Institutos de Aposentadorias e Pensões são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), retirando qualquer possibilidade de participação dos trabalhadores na gestão dos recursos.

Segundo Mendes (1991, p.59) "a criação do INPS, foi o momento crucial de consolidação do modelo médico-assistencial privatista".

O aumento de cobertura promovido pela União é privatizante, fazendo do INPS um repassador de recursos para o setor privado, que elitiza, tecnifica e medicaliza as práticas médicas. Assim, diversos hospitais privados são

construídos e equipados com dinheiro público em troca de atendimento para a população previdenciária, suspenso pelo empresariado do setor, tão logo as tabelas de pagamento de procedimentos médicos deixaram de ser lucrativas.

Ao mesmo tempo em que se ampliava a cobertura, desnudava-se o caráter discriminatório da Política de Saúde, pois eram cada vez mais nítidas as desigualdades quanto ao acesso, a qualidade e quantidade de serviços destinados à população urbana e rural, e entre as diferentes clientela dentro de cada uma destas. Surgem, também, diferentes formas de contratação do setor privado.

A economia avança no processo de internacionalização e passa a se desenvolver a partir de um tripé básico: capital nacional, Estado e capital multinacional. “Ocorre uma fase de erupção do capitalismo monopolista de Estado” (Paim, 1994, p.53).

Após uma etapa inicial de estagnação, a ditadura promove o que ficou conhecido como "milagre econômico" no período 1968-1973, onde a economia crescia a uma média de 10% ao ano. Os governos militares reprimiram manifestações dos opositores ao regime e impuseram, com o arrocho salarial, grandes perdas aos trabalhadores (Paim, 1994; Costa, 1998).

As políticas de ajuste do regime autoritário burocrático levaram a uma concentração importante da renda (primeiro era necessário fazer o bolo crescer para só depois pensar em dividi-lo), reforçaram as migrações do campo para a cidade, promovendo a aceleração da urbanização, sem garantir os investimentos necessários à infra-estrutura urbana, como saneamento, transporte, habitação e saúde (Paim, 1994; Costa, 1998).

A transição epidemiológica que parecia se iniciar na conjuntura anterior, com redução nas taxas de mortalidade (especialmente infantil) entre 1940 e 1960, se retrai e as condições de saúde da população se agravam no período do chamado milagre, com aumento das taxas de mortalidade infantil e das incidências de tuberculose, malária e acidentes de trabalho (Paim, 1994).

O perfil de morbi-mortalidade brasileiro torna-se mais complexo com a concomitância da morbidade moderna com a morbidade de pobreza, diferentemente dos países desenvolvidos, em que as mudanças demográficas e

sociais, aliadas ao desenvolvimento técnico-científico da medicina, permitiram a substituição progressiva das doenças infecto-parasitárias pelas crônico-degenerativas. Dessa forma, há a manutenção das endemias rurais (Chagas, esquistossomose, malária) e a sua urbanização, bem como o predomínio da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, particularmente no Nordeste, Norte e Centro-Oeste, com altas taxas de desnutrição e de mortalidade infantil (Paim, 1994; Aguilera & Bahia, 1993).

Paim (1994, p.54), assim nos fala deste período:

No âmbito da organização dos serviços, operou-se um esvaziamento do Ministério da Saúde, de modo que em 1974 seu orçamento correspondia a 0,9% do orçamento da União. Do lado da previdência, estabeleceu-se em 1966 a unificação dos diversos IAPs (IAPC, IAPI, IAPETEC, IAPI, IAPM, etc.) no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Este novo instituto concentrou recursos vultosos decorrentes das contribuições previdenciárias, especialmente num ciclo de crescimento econômico. Utilizou como política a compra de serviços de terceiros, suspendendo a contratação de recursos humanos ou a construção de hospitais e ambulatórios próprios. Isto resultou na hegemonia do modelo médico-assistencial privatista e conseqüente capitalização do setor saúde. Aqui também reproduzia-se o tripé do modelo geral de desenvolvimento, constituindo-se o complexo médico-industrial em que o Estado viabilizava a compra de serviços e a expansão das empresas médicas (capital nacional), que por sua vez favorecia o consumo de bens, equipamentos e medicamentos produzidos pelo setor industrial (capital multinacional).

Este modelo hegemônico aprofundou a crise do setor saúde, crise esta, caracterizada pela baixa cobertura, pelo alto custo e pelo pouco impacto sobre os problemas de saúde. A epidemia de meningite na primeira metade da década de 70 atestava os limites do modelo. Daí o surgimento de propostas de políticas racionalizadoras.

O II PND (Plano Nacional de Desenvolvimento) previa esta abertura para o social e se constituía num dos componentes da estratégia de Geisel para a liberalização do regime autoritário burocrático, que também foi denominado de distensão e depois, abertura. Ainda que o II PND não se tenha viabilizado na sua face econômica, em virtude da desaceleração do crescimento pela crise do petróleo e posteriormente, pela crise econômica internacional, foram propostas diferentes políticas racionalizadoras que repercutiram na organização dos serviços de saúde.

Segundo Escorel (1999) o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em junho de 1974, torna-se o segundo maior orçamento da união, superado apenas pelo próprio orçamento federal.

A partir de 1974, terminado o período do milagre econômico, inicia-se, lenta e progressivamente, a abertura política, questionando-se a política social do governo e a repercussão dos efeitos do modelo econômico adotado sobre a saúde. A partir deste ano ocorreu a separação da área do trabalho (que até então era a responsável pela assistência médica no país) da área da previdência, com a criação do Ministério da Previdência Social.

Neste período ocorreu, também, a implantação do Plano de Pronta Ação que propunha a universalização da atenção às urgências e estabeleceu contratos e credenciamentos por serviços prestados e convênios, inclusive passando a remunerar hospitais públicos e universitários e foi criado, também, o Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social (FAS), utilizado para financiar a expansão do parque hospitalar privado (de alta complexidade e tecnologia) com recursos da previdência e de forma subsidiada (Paim, 1994; Mendes, 1995a).

Começaram a surgir, ainda, as modalidades supletivas de prestação de serviços, como o convênio-empresa (que assume a responsabilidade sobre a assistência médica em troca de subsídios da Previdência) e a Medicina de Grupo (Mendes, 1995a).

Em 1975, foram estabelecidas as competências da iniciativa privada e as do setor estatal na área da saúde, através da divisão de competência para as ações de saúde pública (não rentáveis) e as de atenção médica (rentáveis), com a intermediação pela Previdência Social (Mendes, 1995a).

Os espaços para experimentos de modelos de atenção e organização de serviços de saúde passam a ser ocupados por programas comunitários de saúde, baseados no enfoque da Medicina Comunitária norte americana (Paim, 1999; Heimann et al., 2000; Da Silva, 2001).

A medicina comunitária surge como um modelo alternativo para realizar uma reforma médica nos EUA dos anos 60 que visava atender às minorias marginalizadas, buscando intervir também na organização dos serviços.

Na realidade existiram, no Brasil, dois formatos de medicina comunitária, um aplicado na primeira metade da década de 70, de características focalizantes e um outro já na segunda metade da década, adotando um formato de reprodução ampliada da saúde comunitária (Paim, 1999).

Algumas dessas experiências, deste segundo período, foram bem sucedidas, tais como as de Campinas (estado de São Paulo), Londrina (estado do Paraná) e principalmente a de Monte Claros (estado de Minas Gerais), sendo referências para a expansão desse tipo de modelo. Estimuladas pelo movimento municipalista de saúde, que na época começava a se articular em encontros nacionais de secretários municipais de saúde, essas experiências se transformaram em verdadeiros laboratórios, para a formação de pessoal e para a planificação e programação em saúde no nível local.

Segundo Escorel (1998, p.23) esses projetos contavam com a simpatia dos governos latino-americanos por serem soluções de baixo custo “para uma demanda crescente de atenção à saúde”.

De acordo com Paim (1999, p. 490) a V Conferência Nacional de Saúde pode ser identificada como o “divisor político-institucional” dessas duas formas de medicina comunitária, com o governo federal investindo na modalidade expansionista e propondo, através da Lei 6.229/75, a criação de um Sistema Nacional de Saúde.

Em 1976, foi concebido o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), dirigido por técnicos comprometidos com a proposta do "movimento sanitário" que começava a surgir e o processo de descentralização da saúde passa a contar com a participação do governo federal. Tratava-se de um programa de medicina simplificada que tinha por finalidade prover estrutura básica de saúde para comunidades de pequeno porte, com especial atenção, àquelas localizadas na região nordeste e que proporcionou uma grande extensão da rede ambulatorial pública, notadamente nos estados dessa região (Mendes, 1995a; Paim, 1994 e 1999; Heimann et al.,2000; Da Silva, 2001).

Em 1977, criou-se o SINPAS – Sistema Nacional da Previdência Social, base jurídica do sistema de saúde da década de 70, em conjunto com a Lei do Sistema Nacional de Saúde (1975), reorganizando a Previdência e procurando

racionalizar e centralizar administrativamente a previdência. Criou-se o DATAPREV, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), a CEME (Central de Medicamentos), o IAPAS (Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social), o FUNRURAL e a LBA (Legião Brasileira de Assistência).

O tímido processo de descentralização, em pleno período de exceção, não se caracterizava por deslocamentos nos eixos de poder, que continuava altamente centralizado. No entanto, possibilitava o crescimento do movimento sanitário com a adesão de outros atores sociais que se somavam na crítica ao modelo médico-assistencial privatista (Da Silva, 2001).

Entramos nos anos 80, período em que ocorre um predomínio da morbidade moderna (doenças crônico-degenerativas, acidentes do trabalho e de trânsito), chegando as doenças do aparelho circulatório a ocuparem o primeiro lugar da mortalidade proporcional no Brasil e na maioria das regiões, inclusive no Nordeste.

Em 1980 ao convocar a realização da VII Conferência Nacional de Saúde, com o tema central “Serviços Básicos de Saúde”, o MS conseguiu articular uma proposta conjunta com o MPAS, resultando na elaboração do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que ficou conhecido como PREV-SAÚDE. Pretendia de forma ambiciosa reorientar o sistema de saúde, realizando a integração programático-funcional entre os dois ministérios e as secretarias estaduais e municipais de saúde, garantindo a participação da comunidade, a regionalização e hierarquização dos serviços e a integração de ações preventivas e curativas. Contudo, em face de resistências e oposições do setor privado e da burocracia do INAMPS, o programa não se desenvolveu (Paim, 1999; Heimann et al., 2000).

É importante ressaltar que aos obstáculos colocados ao programa somava-se a crise financeira da Previdência Social do final dos anos setenta e início dos anos oitenta. Tal crise foi consequência do modelo econômico excludente vigente e do endividamento externo junto às instituições financeiras internacionais e expressava o grande descontrole das contas e dos gastos públicos no setor, que se deviam principalmente à vigência de uma lógica

conivente com ações predatórias em relação aos recursos da Previdência. Além disso, colaboravam também para a crise os privilégios concedido ao setor privado e especializado na prestação da assistência médica (Heimann et al., 2000).

O Decreto nº 86.329, de 02 de setembro de 1981 criou o CONASP, que através da Portaria 3.062, de 23 de agosto de 1982, propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde com aumento da produtividade, melhoria da qualidade, equalização dos serviços prestados à população urbana e rural, montagem de um sistema de auditoria, revisão do financiamento do PAS e hierarquização de equipamentos (Paim, 1999).

Propunha, entre outras mudanças, um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado com base em convênios estabelecidos, pela primeira vez, entre o MPAS, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, colocando a integração como ponto central. Resultou, na prática, no fim do pagamento por unidades de serviços, disciplinando os gastos e diminuindo as internações hospitalares. Já a racionalização ambulatorial foi tímida e utilizada para amenizar o problema das filas. Utilizou-se para isso, o credenciamento dos médicos e a contratação de serviços públicos, pagos de acordo com a produção potencial da capacidade instalada da rede (Paim, 1999).

Segundo Aguilera & Bahia (1993, p.9):

Apesar da nítida preocupação com o corte de despesas, o CONASP representa a concessão de algumas reivindicações há muito reclamadas pela oposição; reconhece a responsabilidade do Estado na condução da política de saúde; busca-se a extensão da cobertura assistencial aos não previdenciários; estabelecem-se critérios de regionalização e hierarquização, com a integração em uma mesma rede dos serviços federal, estadual e municipal.

Das proposições do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde surgiram duas importantes iniciativas tomadas posteriormente: a criação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e a instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) (Heimann et al., 2000).

Em 1982, a oposição ganha as eleições para os governos estaduais, vitória esta que quebra a coesão interna do regime autoritário, ao mesmo tempo em que abre a possibilidade de técnicos comprometidos com a Reforma Sanitária

ocuparem espaços políticos e técnicos importantes. No ano seguinte, o mesmo acontece em relação às prefeituras e secretarias municipais de saúde, iniciando experiências inovadoras e exitosas de gestão municipal da saúde.

O processo de municipalização da saúde começa a ganhar força, bem como o movimento de secretários municipais de saúde, através de seus encontros que acabam levando, logo depois, a fundação do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), em 10 de julho de 1987 no auditório principal da OPAS, em Brasília (Goulart, 1996).

Quanto ao programa das Ações Integradas de Saúde, podemos dizer que representou a primeira ação de grandes proporções em direção ao aperfeiçoamento do sistema de saúde. Procurou promover “a gestão e a programação conjunta das ações das três esferas do poder público” e consistiam na assinatura de convênios entre os níveis de governo, formulação de planos de saúde e a instalação de comissões interinstitucionais de saúde nos níveis estadual, regional, municipal e local (Heimann et al., 2000, p. 28).

Graças as AIS conseguiu-se no período de 1984 a 1987, expandir a capacidade instalada da rede pública, notadamente ambulatorial, principalmente nos estados do Rio de Janeiro, Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Piauí e Pernambuco, além de alcançar o maior nível de articulação interinstitucional até então e proporcionar um aumento significativo do percentual de recursos repassados pelo Ministério da Previdência e da Assistência Social aos estados e municípios (Heimann et al., 2000).

De acordo com Mendes (1995a) é importante reconhecer dois momentos distintos das Ações Integradas de Saúde:

- 1983-85: com a destinação de uma pequena parcela do orçamento do INAMPS (5%) para a execução de ações de saúde pública concorrentes com aquelas já realizadas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde e marcadas acentuadamente pelo clientelismo político. Além disso, com o tipo de financiamento utilizado para as atividades médicas efetuadas pela rede pública, acabou por transformar estas unidades em prestadoras de serviços para o INAMPS (a semelhança das privadas). Criou-se, também, as primeiras instâncias

colegiadas (CIPLAN, CIS, CRIS, CIMS, CIL, nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local, respectivamente), precursoras dos futuros Conselhos de Saúde.

- 1985-87: vai do início do Governo Sarney até a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS):

Essas políticas racionalizadoras além de não alterarem as condições de saúde da população foram insuficientes para reorientarem o modelo médico-assistencial privatista. A crise financeira da Previdência Social, configurada com a recessão de 1981, indicava a necessidade de mudanças mais profundas. As resistências, porém, dos empresários da saúde e dos setores mais conservadores dos profissionais de saúde, além da própria crise política do regime autoritário, também dificultaram a concretização das mudanças necessárias (Paim, 1994, p.56).

Em 1984, após as campanhas por eleições diretas, articula-se a Aliança Democrática, que atingiria seu objetivo elegendo Tancredo Neves para a Presidência da República, tendo José Sarney como seu vice, o qual acabaria, após a morte do primeiro, sendo conduzido à chefia do Estado.

Em 1985, o projeto da Reforma Sanitária é tomado "emprestado" por Tancredo Neves e José Sarney para constituir o Programa de Governo para a Saúde da Nova República.

Segundo Mendes (1995a, p. 33) a Nova República se constituiu em "(...) um processo de transição, de uma situação autoritária para um pacto democrático articulado entre as elites brasileiras, que procurava a estabilidade institucional numa aliança política com traços continuístas das práticas conservadoras da Velha República".

Caberia a Nova República a função de consolidar a transição iniciada com o governo Geisel e tentará fazê-lo com um processo de reordenamento institucional que acabaria por culminar na promulgação de uma nova Carta Magna (Mendes, 1995a).

Com a eleição de 1986, tomam posse, governadores eleitos pelo PMDB, criando, através de muita pressão, condições políticas favoráveis à unificação do MS/MPAS, comandada pelo INAMPS e buscando integração com os governos estaduais.

Em 1986, culminando uma história de sete conferências anteriores, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde que tendo como tema “A saúde como direito de todos e dever do Estado”, transforma-se num marco da reorganização do sistema de saúde nacional, definindo-se o projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi segundo Escorel (1998, p. 187) “o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais”.

Este evento contou com a participação durante o plenário de algo em torno de cinco mil pessoas, das quais mil como delegados, representando diversos setores organizados da sociedade civil, o que garantiu, mesmo com a ausência dos prestadores privados, grande representatividade social e apresentou no seu relatório final a consolidação das propostas do movimento sanitário, como a unificação do Sistema Nacional de Saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado e às bases financeiras do sistema (Escorel, 1998; Da Silva, 2001).

A Conferência não se restringiu ao momento de sua realização em Brasília, foi precedida de um amplo e duradouro debate nas pré-conferências estaduais e desdobrou-se, após sua realização, em “conferências específicas” por temas e áreas de atuação (Escorel, 1998).

Trouxe como principais desdobramentos a constituição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, de composição paritária entre o governo e a sociedade civil e que não apresentou trabalhos de grandes repercussões políticas e a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, que teve papel destacado no processo constituinte, defendendo as propostas da VIII Conferência e alcançando importantes vitórias que levaram a aprovação de um capítulo sobre saúde, único na história das nossas Constituições (Escorel, 1998).

Em 1987 o processo de Reforma entra em crise com a não operacionalização, por parte do governo Sarney, das teses aprovadas na VIII Conferência.

Em virtude da fragilidade política do MS e da falta de base jurídica para que o INAMPS estabelecesse esse papel, foi criado o SUDS, em julho de 1987, com o fim das AIS's que não conseguiu constituir-se de fato numa mudança no

Sistema Nacional de Saúde, nem cumpriu o papel de uma política social compensatória.

No momento em que se instalava a Assembléia Nacional Constituinte, em condições políticas extremamente favoráveis aos governadores, a Nova República assume definitivamente seu caráter conservador.

O SUDS incorpora os princípios da reforma sanitária: universalização, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização, democratização das instâncias gestoras, etc. e segundo Chioro e Scaff (1996, p.7) apresentou dois momentos distintos:

Um até o final da gestão de Hésio Cordeiro (87-88), quando se observa a tentativa de preparar a transição para o Sistema Único de Saúde (desconcentração para estados e municípios, fortalecendo o setor público; desestabilização do INAMPS; enfraquecimento do setor privado e privilegiamento do filantrópico). E outro até o final do governo Sarney (89-90), com ação contrária, estabelecendo-se intensa disputa dentro do governo (MS x MPAS) e entre os defensores da reforma sanitária e seus opositores.

Apesar disto, esse momento de reação não conseguiu desmontar o processo de estadualização e o movimento de municipalização da saúde, nem restaurar o INAMPS. Entretanto, o SUDS apresentou efeitos inesperados e erros estratégicos, consistindo em mais uma reforma administrativa que não conseguiu transformar positivamente o sistema nacional de saúde (Chioro e Scaff 1996).

O relatório final da 8ª Conferência orientou a elaboração do capítulo da saúde na Constituição Federal que criou o Sistema Único de Saúde, definindo suas diretrizes de universalidade, equidade e integralidade e seus princípios organizativos de regionalização/hierarquização, resolutividade, descentralização, participação social e complementaridade do setor privado.

Já em novembro de 1985, em um trabalho apresentado no Congresso Médico-Social da Bahia, Paim (1986, p.173) falava que:

...O sistema único de saúde só tem sentido com a democratização da sociedade brasileira e do Estado, em particular. Nesse processo, cumpre assegurar, antes de mais nada, as precondições para torna-lo público gratuito, regionalizado, descentralizado e democrático. No contexto atual isso significa:

- a) *comprometimento da União na cobertura econômico-financeira do sistema;*

- b) *reconhecimento constitucional do direito a saúde como inerente à democracia e como dever do Estado;*
- c) *viabilização da participação popular organizada no controle do sistema nos diferentes níveis.*

Estas diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal no cenário nacional fundamentam uma radical transformação do Sistema de Saúde Brasileiro.

De acordo com Carvalho e Santos (1995, p.36-37):

As ações e os serviços públicos de saúde passaram a constituir o Sistema Único de Saúde (SUS), com financiamento público, direção única em cada esfera de governo e participação da comunidade na condução e controle do sistema, sendo garantida, à iniciativa privada, a liberdade de realizar serviços de assistência à saúde, na forma da lei.

A nova Constituição traria, no seu interior, as contradições da transição, “avançando na ordem social, incorporando interesses corporativos e cartoriais, conservando em certos aspectos econômicos (...)” (Mendes, 1995a, p. 33).

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários:

- Universalidade: é a garantia da atenção à saúde a todo e qualquer cidadão nos serviços públicos ou contratados no território nacional, em consonância com a passagem da Constituição Brasileira segundo a qual "a saúde é direito de todos e dever do Estado...". (Brasil,1988, p.91)

- Eqüidade: todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido, conforme suas necessidades, até o limite do sistema.

- Integralidade: o homem é um ser integral, possuindo, minimamente, três dimensões: uma biológica, uma emocional e uma social, devendo todas, serem contempladas por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Seus princípios organizativos orientam para a:

- Regionalização e hierarquização: os serviços são organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica

delimitada e com definição da população a ser atendida com vistas a um ótimo grau de resolutividade.

O acesso deve dar-se pelo nível primário de atenção, a unidade básica de saúde, que deve resolver a maioria dos problemas e referenciar a serviços de maior complexidade, se necessário. Organizado desta forma, favorece as ações de vigilância, educação, atenção ambulatorial e hospitalar.

- Resolutividade: trata-se de dar solução aos problemas dentro de cada nível de competência.

- Descentralização: redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais localmente a decisão for tomada, maior a chance de eficácia e efetividade.

Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - municipalização da saúde - cabendo ao município, portanto, a maior responsabilidade das ações.

- Participação dos cidadãos: garantia constitucional de participação organizada no processo de formulação de políticas e no controle de sua execução em todos os níveis, através de: Conselhos Locais, Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde e da organização de Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde; garantidas todas as informações necessárias à população no que diz respeito à saúde.

- Complementariedade do setor privado: quando for necessária a contratação de serviços, exigem-se três condições (Brasil, 1988):

- deve se dar na forma de um contrato de direito público;
- o serviço privado deve incorporar os fundamentos, princípios e técnicas do SUS, uma vez que atua em nome deste;
- deverá obedecer à mesma lógica organizativa do SUS, atendendo a sua necessidade de regionalização e hierarquização.

Terão prioridade os serviços não lucrativos (Brasil, 1988). Primeiramente, o gestor deve planejar o setor público e depois complementá-lo com o privado,

seguindo as diretrizes e princípios do SUS. É fundamental definir normas e procedimentos a serem anexados aos convênios e contratos.

Mais tarde o artigo 4º da Lei Federal 8.080 de 1990 assim definiu o SUS: “É o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público e complementarmente...pela iniciativa privada”.

Nas palavras de Carvalho e Santos (1995, p. 36) a saúde passou a se configurar, no Brasil, como subsistema do sistema de seguridade social, caracterizando-se seus elementos constitutivos essenciais como:

Atividade preventiva e serviços assistenciais; produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos de interesse para a saúde; teor nutricional dos alimentos; meio ambiente; saneamento básico; formação de recursos humanos; vigilância sanitária; vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador (arts.198 e 200 da Constituição Federal e arts. 5º e 6º da Lei Orgânica da Saúde – LOS).

A partir deste momento histórico, diversos atores sociais que participaram do movimento sanitário brasileiro passaram a se incorporar ao aparelho de Estado na condução do processo de construção do SUS.

Contudo, a incompatibilidade ideológica entre o projeto da reforma sanitária brasileira e a organização política e econômica desta sociedade, determinam um ritmo de desenvolvimento muito lento na implementação do projeto.

É necessário colocarmos que a regulamentação da Constituição Federal vem a ocorrer somente dois anos depois, com as Leis Federais 8.080/90, que estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como o financiamento dos serviços e 8.142/90, que dispõe sobre a forma de participação da população na gestão do SUS e a sobre a transferência de recursos para estados e municípios, ambas aprovadas no governo Collor. Neste governo, o primeiro eleito por eleições diretas após o período do regime autoritário burocrático, já temos a marca do neoliberalismo e os ranços de um

conservadorismo autoritário e patrimonialista e os poucos avanços do setor saúde deveram-se a esforços dos municípios.

Em 1991 foi editada a NOB-SUS 01/91, constituída por um conjunto de portarias (15,16,17,18,19 e 20), , de 8 de janeiro de 1991, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e da Resolução nº 258-Anexo 2, que aprovou a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde nº 01/91, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), (Andrade, 2001).

Desta Norma destaca-se a criação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), e do Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS), como forma de normatizar o pagamento a prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais respectivamente. As portarias definiam ainda, as quantidades de AIH e UCA (Unidade de Cobertura Ambulatorial) a serem distribuídas mensalmente a cada estado, utilizando-se critério populacional para os cálculos (Andrade, 2001).

Definia, ainda, que a transferência dos recursos do INAMPS, para financiamento das atividades ambulatoriais, para os estados, o Distrito Federal e os municípios se daria na forma de convênio (Andrade, 2001).

As exigências para o repasse de recursos, para os municípios, seriam:

1. Formação de Conselho Municipal de Saúde;
2. Criação do Fundo Municipal de Saúde;
3. Plano de Saúde aprovado no Conselho e por autoridade do Executivo;
4. Programação e Orçamentação Integrada;
5. Relatório de Gestão;
6. Criação de uma comissão para elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários a ser implantado em até dois anos.

Afirmava, também, que os governos estaduais e municipais deveriam alocar um mínimo de 10% do seu orçamento, em 1991, no setor saúde (Andrade, 2001).

Em fevereiro de 1992 é editada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92) que do ponto de vista da gestão e do planejamento avançou procurando definir o conceito de integralidade, tentando explicar as definições de promoção, proteção e recuperação da saúde. Em relação

ao financiamento, aloca recursos do Inamps para constituir o Fundo Nacional de Saúde. Propõe ainda dois mecanismos de estímulo à municipalização e à estadualização: criou o FEM (Fator de Estímulo à Municipalização) e o Fege (Fator de Estímulo à Gestão Estadual) que não saíram do papel, como também não saiu o Pró-Saúde, que objetivava a reorganização dos serviços de saúde com a participação das três esferas de governo, para pólo de referência macrorregional (Andrade, 2001).

Ainda em 1992, com atraso de dois anos e em meio à crise do governo Collor que teria seu impedimento no final do ano, é realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, apresentando como tema “Saúde: a Municipalização é o Caminho”, realizando-se com ampla participação dos sujeitos sociais envolvidos com a questão da saúde, consagrando a descentralização como diretriz fundamental para a consolidação do SUS e se posicionando de forma contrária a qualquer retrocesso (Heimann et al., 2000; Da Silva, 2001), inclusive com fortes ecos do “fora Collor”.

Em 1993, diante das propostas da IX Conferência, realizada no ano anterior, o Ministério da Saúde, que conta, em posições de destaque, desde a queda de Collor, no final de 1992, com técnicos comprometidos com o movimento de municipalização, cria o Grupo Especial para a Descentralização (GED) que conta com a participação do Conass, do Conasems e outras entidades representativas da sociedade civil organizada. O trabalho deste grupo resultará no documento “Descentralização do SUS: Prioridade do Ministério da Saúde”, em cujo conteúdo está presente o texto intitulado “Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” (Brasil, 1993a; Silva, 2001).

Este importante documento realiza um profundo diagnóstico da situação em que se encontrava o modelo assistencial brasileiro na época, reconhece como raiz do precário quadro sanitário brasileiro o nosso modelo econômico.

De acordo com o documento (Brasil, 1993a), alguns dos principais traços desse modelo econômico foram acentuados pelo regime militar e podem ser resumidos na profunda centralização de recursos e de poder na esfera federal, determinada pela necessidade de assegurar a sustentação da acumulação

capitalista nas sucessivas fases da industrialização; na concentração das atividades produtivas mais dinâmicas, provocando enormes desigualdades regionais; na extrema desigualdade na distribuição da renda; na ausência de prioridade às ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades básicas da população e na perda, pelos governos estaduais e municipais, de receita e autonomia de gestão, em consequência da forte dependência das transferências federais.

Diante deste quadro o documento apresenta alguns pressupostos básicos para a proposta de descentralização das ações e serviços de saúde que deveria ser compreendida como um processo de transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos, passando pela redefinição de papéis das três esferas de governo, com estabelecimento de novas relações entre estes e o controle social, garantindo a imediata implantação dos Conselhos de Saúde paritários e deliberativos, a ação integrada entre os gestores do sistema nos três níveis e a flexibilidade e a gradualidade do processo de transformação do sistema de saúde evitando rupturas bruscas, que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem as novas (Brasil,1993a).

O documento fala também da necessidade de construção de um novo modelo assistencial, reafirma a necessidade do cumprimento do estabelecido quanto ao controle social, ambos conforme preconizado pelos dispositivos constitucionais e da Lei Orgânica 8.080/90 e 8.142/90 e explicita ainda, que a ausência de uma política de recursos humanos para o SUS é, ao lado do financiamento, um dos maiores desafios a sua consolidação, reforçando a necessidade de se apostar na capacitação e reciclagem de pessoal e na elaboração de Planos de Carreiras, Cargos e Salários (Brasil, 1993a; Andrade,2001).

Na questão do financiamento das ações de saúde, é ressaltado, que o mesmo “é responsabilidade a ser compartilhada pelos três níveis de governo, devendo-se assegurar, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde”, propondo o enfrentamento dos desafios de natureza política, técnica, econômica e ética, para a superação desta situação (Brasil, 1993a; Andrade,2001, p.47).

Defende ainda a necessidade de assegurar flexibilidade ao processo, garantindo a consideração das diferentes realidades estaduais e municipais e a exigência de um processo negociado, que assegure viabilidade política à execução das medidas operacionais (Brasil, 1993a).

O mecanismo proposto para viabilizar a aplicação desses pressupostos foi a constituição, em cada estado, de Comissões Intergestores Bipartites (CIB), integradas paritariamente por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e do órgão colegiado de representação dos secretários municipais de saúde (Brasil, 1993a).

Quando trata da descentralização das ações e serviços de saúde, o documento afirmou a necessidade de se "empreender medidas claras e irreversíveis no sentido de dar materialidade aos avanços propugnados na lei". Afirmou também que a descentralização necessita de uma ação pactuada - "não será possível atingir os objetivos constitucionais sem um prévio entendimento entre os gestores das três esferas de governo"(Brasil, 1993a).

Ao longo do processo de transição foi prevista a coexistência de três situações diferentes no que se refere à configuração do sistema. As três situações propostas pelo "Documento da Ousadia", e depois materializadas na NOB-SUS 01/93, foram transicional incipiente, transicional parcial, transicional semiplena. Haveria, ainda, uma quarta situação "desejada" que seria uma situação plena, que não aparecerá na NOB 01/93 (Andrade,2001).

A Portaria 545 de 20 de maio de 1993 criou a NOB-SUS 01/93(Brasil, 1993b) que definiu procedimentos e instrumentos operacionais que objetivavam ampliar e aprimorar as condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas do governo, conforme proposta da IX Conferência Nacional de Saúde (Andrade,2001).

Esses procedimentos e instrumentos configuraram a necessidade de uma convivência de gestão simultânea do SUS nos estados e municípios. A NOB 93 propôs como fóruns de negociação e deliberação, desse processo, as Comissões Intergestores (CIB e CIT) e os Conselhos de Saúde (Andrade,2001).

Na questão do financiamento das ações e serviços ambulatoriais são mantidos o Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS) e a Unidade de

Cobertura Ambulatorial (UCA). Os recursos da UCA passaram a compor os recursos para Cobertura Ambulatorial (RCA). O Fator de Estímulo à Municipalização (FEM) é substituído pelo Fundo de Apoio ao Município (FAM), “que se caracterizou como um repasse de recursos de custeio aos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena” (Andrade, 2001, p. 52), que nunca foi implantado na prática.

Quanto ao financiamento das atividades hospitalares, foram mantidos o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) e a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A NOB-01/93 apresentou avanços em relação as anteriores, pois ao município é delegado o papel de autorizar cadastros e contratar prestadores do setor complementar, programar e autorizar a AIH, bem como controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares e gerenciar a rede hospitalar pública (Andrade, 2001).

Andrade (2001, p. 54) chega a afirmar que “este novo papel delegado ao município foi um dos maiores avanços na concepção de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde após a Lei Orgânica da Saúde”.

Quanto às formas de enquadramento de gestão dos municípios, a grande novidade foi na prerrogativa da gestão semiplena, em que o município recebe todos os recursos do custeio ambulatorial e hospitalar do Fundo Nacional de Saúde, diretamente para o Fundo Municipal de Saúde (Brasil, 1993b).

Em conseqüência das novas responsabilidades atribuídas aos municípios municipalizados, houve ampliação dos requisitos para o enquadramento de gestão na NOB 01/93. Além dos exigidos pelas NOB 01/91 e 01/92, foram acrescentados outros como a existência do médico auditor, a garantia da remessa mensal de dados de nascidos vivos, de mortalidade e das doenças de notificação compulsória, bem como a necessidade apresentar indicadores de avaliação (Brasil, 1993b; Andrade, 2001).

A partir de 1994, diversos municípios brasileiros habilitam-se à gestão semiplena. No final de 1994, eram 24 os municípios habilitados e, em meados do ano seguinte, 43, abrangendo “0,86% dos municípios, o que significava 7,4% da população e 10,07% dos recursos (...) federais” alocados para o custeio da

assistência médica. No final de 1997, mais de uma centena de municípios estavam habilitados à gestão semiplena. Esses municípios, distribuídos pelas mais diferentes regiões do país, “com cerca de 12% da população e movimentavam algo em torno de 20% dos recursos financeiro” transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais (Almeida, Castro e Lisboa, 1998, p.9).

Em novembro de 1996, instituiu-se a NOB/SUS/96 (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96), por intermédio da Portaria nº 2.203 (Brasil, 1996), que prevê duas formas de gestão: plena da atenção básica e plena do sistema de saúde, as quais substituem as formas anteriores, mas a mesma somente será aplicada efetivamente no ano de 1998 e por tanto não fará parte desse estudo.

Através dos antecedentes históricos e dos conceitos aqui trabalhados buscou-se identificar quais os fundamentos que devem nortear a organização dos serviços no SUS e em que cenário desejado deve ser consolidado nos diferentes municípios brasileiros.

7 – CONTEXTUALIZANDO A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO SUS EM BLUMENAU

"Carta do Sul" (Pedro Tierra)

(...) A palavra tecendo sonhos, como agulhas urdindo um tapete sem desenho prévio. Somos filhos da vertigem. Desse impulso de extrair do impossível mundo das cifras e da ferocidade capitalista, um outro mundo possível... As mãos que trazemos tatearam noites e labirintos. Não moldam no ar o frágil desenho da cidade futura. Sabem da terra proibida pelo arame; do trabalho escasso; do pão escasso; da fome. Recolhem das ruas do mundo destroços da alegria, da paixão, da dor, da exploração, da violência, do êxodo de tantos, dos sonhos arquivados da multidão, soterrados pela demolição dos direitos, da resistência, e, novamente, da alegria e da paixão e propõem um novo mosaico. Um novo mosaico possível...

(...)Somos a desencontrada polifonia das vozes do Sul e do Norte que rejeita a marcha fúnebre do mercado. A solidariedade é o ar que nos sustenta as esperanças. O mesmo alento que prolonga o vôo dos pássaros migradores. Somos herdeiros da vertigem criadora de cada um dos nossos povos: pretos, brancos, amarelos, vermelhos, verdes, azuis... A frágil possibilidade de que um outro mundo é possível...

7.1 - BLUMENAU: O CENÁRIO DO TRABALHO

“Trabalhar é preciso, viver não é preciso” (parodiando Fernando pessoa)

Blumenau é uma cidade de colonização inicialmente alemã, seguida de corrente migratória italiana, polonesa e de habitantes do Vale do Rio Tijucas (descendentes de açorianos). Foi fundada em 02 de setembro de 1850, apresentava, em 2000, um total de 261.868 habitantes (IBGE, 2000). Situa-se na latitude 26°55'10" sul e na longitude 49°03'58" oeste, às margens do rio Itajaí-Açú, que a corta no sentido oeste-leste, com largura variando de 50 a 250 metros. O Rio Itajaí-Açu forma um vale interdigitado, com seus afluentes correndo em direções opostas, em vales estreitos e íngremes, especialmente na porção sul do Município, que é também extremamente frágil do ponto de vista geológico (Siebert, 2000a). A altitude média da área urbana é de 14 metros.

O Município de Blumenau situa-se na zona fisiográfica do Estado de Santa Catarina designada como “Bacia do Itajaí-Açú”, e a nordeste de sua Microrregião nº 294, classificado pela Fundação IBGE como Região Colonial de Blumenau.

Pela sua localização, população e equipamentos, Blumenau é a principal cidade da região, exercendo sua influência pelos vales do Itajaí-Açú, Itajaí-Mirim e Benedito.

O município é membro da Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí – AMMVI – que é formada por 14 municípios, da Microrregião 294, que compreende 15 municípios e sede da Região Metropolitana do Vale do Itajaí, com 16 municípios.

Os municípios participantes da AMMVI são: Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, Blumenau, Botuverá, Brusque, Dr. Pedrinho, Gaspar, Guabiruba, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó. Já a Microrregião 294 considera também a cidade de Luís Alves e a Região Metropolitana do Vale do Itajaí, inclui ainda a cidade de Ilhota.

O antigo território do Município de Blumenau, que em 1934 compreendia uma área de 10.610 Km², está reduzido a 510,3 Km² apenas, dos quais 192 Km² (37,6%) em área urbana e 318,3 Km² (62,4%) em área rural. Desses desmembramentos resultaram nada menos que 37 novos municípios (Blumenau, 2001a).

Sua densidade demográfica, de acordo com o último censo do IBGE realizado em 2000, é de 513,2 habitantes por Km².

A paisagem e o espaço urbano da cidade são fortemente condicionados pelas encostas dos morros, cobertos pela Mata Atlântica, que seccionam o tecido urbano. Entre rio e montanha, a malha urbana desenvolveu-se, no início, linearmente ao longo dos fundos de vale, em área sujeita a inundações e, mais tarde, passou a ocupar as encostas que, devido à sua configuração geológica, são muitas vezes áreas de risco iminente de deslizamentos. A ocupação das áreas mais íngremes acentuou-se com a gradual saturação das limitadas áreas planas, e após as grandes enchentes de 1983 e 1984 que atingiram grande parte das áreas urbanas situadas no fundo do vale (Siebert, 2000a).

A malha urbana de Blumenau foi condicionada pela estrutura fundiária do período colônia, cuja demarcação dos lotes, foi determinada pela necessidade de todos os colonos terem acesso à água, necessária ao cultivo e como meio de transporte, além disso cresceu linearmente ao longo da rua comercial, margeando

os cursos d'água, sendo condicionada também pelo relevo, Blumenau foi se estendendo ao longo dos fundos de vale, formando uma malha urbana segmentada (Siebert, 2000a).

Comentando o pólo gerador do plano urbano, Peluso (1991, apud Siebert, 2000a, p. 184), coloca que Blumenau, como as demais cidades de origem alemã, difere das cidades luso-brasileiras porque “as cidades, fundadas por descendentes de portugueses, têm, por elemento básico do plano, a praça fronteira à igreja, enquanto Blumenau e Joinville, traçadas por alemães, elegeram para o mesmo fim, a rua comercial”.

O sistema viário da cidade sofre um estrangulamento na região central, na qual apenas três ruas, confinadas entre o Rio Itajaí-Açu e o Morro do Parque São Francisco, fazem a ligação entre os bairros da região sul e da região norte do Município. Esta situação é agravada pela excessiva centralização da cidade, com a maioria absoluta dos equipamentos de saúde, o comércio e os serviços localizados na área central (Siebert, 2000a).

Os primeiros caminhos abertos se transformaram em ruas e são hoje os principais eixos de penetração nos bairros, desta forma o crescimento de Blumenau ocorre de maneira, radial e linear, ao longo destes eixos, e não concêntrico como nas cidades de origem portuguesa (Siebert, 2000a).

Com o tempo, além da ligação fluvial com o porto de Itajaí, passou a contar também com o transporte ferroviário e, mais tarde, com o transporte rodoviário e as estruturas de cada etapa desenharam a cidade (Siebert, 2000a).

Em virtude de Blumenau não ter sido planejada para ser uma cidade, mas sim, uma colônia agrícola, a mesma apresenta problemas urbanos complexos (Siebert, 2000a), aos quais se somam na conjuntura atual, questões ambientais, como as enchentes, as enxurradas e as ocupações de áreas de risco. Mas, como coloca Siebert (2000b, p.279): “(...) a questão mais grave que se coloca neste final de século, é a formação de uma cidade desigual, fruto de um modelo econômico excludente e concentrador de renda, terra e poder. Uma Blumenau dividida, de cidadãos e não-cidadãos, habitando, respectivamente, territórios legais e ilegais”.

Blumenau é caracteristicamente, há alguns anos, um município receptor de migrantes, fato este que é considerado gerador dos muitos problemas sociais

da cidade. Já há bairros inteiros formados por populações oriundas de outras cidades e estados e que se localizam, principalmente no Horto Florestal, Nova Esperança, interior da rua Coripós e Itoupavazinha, entre outros.

Sendo assim, é necessário tocarmos naquilo que Siebert (2000b, p. 282) chamada de a “imagem forjada”, a Blumenau estereotipada, “primeiro mundo”, a cidade européia, sem os problemas do resto do país. Na realidade, se oculta a outra Blumenau que, cada vez mais pobre e mais parecida com tantas outras cidades brasileiras, se expande clandestinamente subindo as encostas das periferias, em áreas ilegais, sem saneamento básico e à mercê de enchentes, enxurradas e deslizamentos, marginalizadas e esquecidas pelas administrações locais que as trata como focos de sub-moradia ou bolsões de pobreza.

Siebert (2000b, p. 291), utilizando informações de várias fontes apontou em “5.390 residências em áreas ilegais, o que corresponderia a 19.404 pessoas ou 8,4% da população total”. A FAEMA (Fundação Municipal de Meio Ambiente) chega a estimar em cerca de 10.000 moradias em ocupações ilegais das quais 30% com risco iminente de desmoronamento.

Isto mostra que o desenvolvimento sócio-econômico de Blumenau, mesmo nos períodos de expansão, está sujeito à perversa lógica capitalista, na qual riqueza e miséria são produzidas simultaneamente no mesmo processo.

As empresas da cidade, notadamente as do setor têxtil, passaram por um doloroso processo de reestruturação industrial, que envolveu desconcentração industrial, automação e terceirização, aumentando, com isso, o nível de desemprego e o grau de informalidade da economia e o que fazer nesta nova ordem econômica com os excedentes de mão-de-obra, massa marginalizada, descartada do processo capitalista periférico.

Como coloca o sábio Milton Santos em sua obra “O espaço do cidadão” (1998, p.43): “deixado ao quase exclusivo jogo do mercado, o espaço vivido consagra desigualdades e injustiças e termina por ser, em sua maior parte, um espaço sem cidadãos”.

Também é interessante registrar, da mesma obra, a seguinte citação: “Morar na periferia é condenar-se duas vezes à pobreza. A pobreza gerada pelo

modelo econômico, segmentador do mercado de trabalho e das classes sociais, superpõe-se a pobreza gerada pelo modelo territorial”(Santos, 1998, p.115).

Ou como afirmou Singer (1982, p.33): “em última análise, a cidade capitalista não tem lugar para os pobres”.

Estamos falando em território que é extensão apropriada e usada (Santos & Silveira, 2001). “O território são formas, mas ‘o território usado’ são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, de espaço habitado” (Santos, 1996, p. 16). Também em Testa (2000), está a idéia de que o espaço social difere do geográfico pela presença de atores sociais. Um território que conta com a ação de sujeitos sociais implicados com a produção, território, segundo Milton Santos, dos que estão em espaço do mandar e dos que estão em espaço do fazer.

Segundo Breilh (1991), o território onde se realiza a vida e onde se geram os transtornos de saúde não é apenas um espaço estático que opera como um imenso suporte para a vida social, é sim um espaço historicamente estruturado onde se expressam as condições benéficas e destrutivas da organização social.

Em termos de setores econômicos, Blumenau, conta hoje, com uma agricultura de pouca expressão, em razão das sucessivas divisões em seu território e de constantes divisões de terras por heranças, além do êxodo rural crescente nos últimos anos. As atividades agrícolas absorvem 1,7 % da população economicamente ativa (PEA) e é responsável pela menor parcela da renda gerada na economia.

O setor secundário é muito forte, embora tenha apresentado importante redução na sua participação no total de empregos no município entre as décadas de 80 e 90. Em 2000, Blumenau possuía 2.712 estabelecimentos industriais, onde se destacavam, os da alimentação, os metalúrgicos e principalmente os da área têxtil e do vestuário, gerando 38.463 empregos (Blumenau, 2001a).

O setor terciário é atualmente o mais dinâmico e tomou a dianteira quanto ao número de postos de trabalho no município. O comércio com 7.507 estabelecimentos e com 39.062 empregados é bem desenvolvido, e graças às festas da cidade, sua economia recebe significativo impulso do setor de hotelaria e de turismo possuindo 8.267 estabelecimentos de serviço, com 57.681 empregados (Blumenau, 2001a).

O Produto Interno Bruto da cidade foi calculado no ano 2000 como algo em torno de 3 bilhões e 640 milhões de reais e a renda per capita de US\$ 7.000,00 (Blumenau, 2001b).

O serviço de abastecimento de água é operado por uma autarquia municipal (SAMAE) que atende aproximadamente 85% da população. A rede de energia elétrica atinge quase a totalidade da população (98%), e 80% da área urbana é servida de iluminação pública. A coleta de lixo é regular, porém existe ainda muita destinação inadequada de resíduos sólidos como queima, enterramento e despejo em córregos. Não há esgotamento sanitário problema que é considerado grave pelos técnicos da prefeitura.

A rede de serviços próprios da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau (SEMUS) apresenta, atualmente, a seguinte conformação (Blumenau, 2001b): 11 Unidades Avançadas de Saúde; 21 Unidades de Programa de Saúde da Família com 25 equipes de PSF; 06 Ambulatórios Gerais; 01 Unidade Sanitária de Saúde (que abriga as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica); 01 Escola Técnica de Saúde; 15 Unidades de Saúde Bucal em Centros de Educação Infantil; 12 Unidades de Saúde Bucal em Escolas Básicas Municipais; 04 Clínicas de Saúde Bucal; 01 Serviço de Quimioterapia; 01 Ambulatório de Referência em Saúde Mental (Centro de Atenção Psico-Social), Saúde do Trabalhador, Centro de Atenção Psico-Social Infante Juvenil; Núcleo Integrado de Atendimento ao Fissurado Lábio Palatal; Ambulatório de DST/AIDS; 01 Centro de Apoio e Orientação Sorológico (COAS); 01 Centro de Referência Materno Infante-Juvenil e Centro de Lactação; 01 Laboratório Municipal de Citopatologia; 01 Laboratório Municipal de Análises Clínicas e 01 Policlínica de Especialidades.

A rede de serviços contratada pela SEMUS é constituída de (Blumenau, 2001b): 01 Ambulatório de Referência de Especialidades Universitário; 01 Hospital Geral com serviço de internação de média e alta complexidade – (transplante, cardiologia, neurocirurgia, UTI coronariana, urgência e emergência, tomografia computadorizada e arteriografias); 01 Hospital Geral com serviço de internação de média complexidade – (gestação de alto risco, UTI neonatal e pediátrica, urgência e emergência); 01 Hospital Geral com serviço de internação básica; 01 Hospital Geral com serviço de internação psiquiátrica; 01 Serviço de Ressonância

Magnética; 02 Serviços de Diagnose em Cardiologia; 01 Serviço de Eletroneuromiografia; 01 Clinica de Quimioterapia; 01 Serviço de Hemodinâmica; 01 Serviço de Medicina Nuclear; 01 Centro Hemoterápico; 10 Laboratórios de Análises Clínicas; 02 Laboratórios de Anatomo-patologia; 01 Clinica de Terapia Renal; 01 Clinica Radioterapia; 02 Clinicas de Fisioterapia; 02 Clinicas de Ultrasonografia.

Em relação aos aspectos epidemiológicos vamos ressaltar que, em 1980, Blumenau possuía o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 34,5 apresentando um decréscimo sensível durante toda a década de 80, chegando a 18,1 por mil nascidos vivos em 1993, elevando-se discretamente em 1994 e 1995, respectivamente 21,2 e 22,6 voltando a entrar em declínio nos últimos anos e em 2000, o Coeficiente de Mortalidade Infantil foi de 10,7 por mil nascidos vivos, estando muito abaixo da média catarinense que ultrapassa os 20 por mil (Blumenau, 2001b). Atualmente o C.M.I. no município está quase totalmente representado pela Mortalidade Neonatal (8,0), o que é típico de áreas com o C.M.I. baixo. As reduções rápidas da Mortalidade Infantil fazem-se às custas do componente tardio, onde as condições ambientais e sócio-econômicas são compensadas por ações simples e eficazes. Já a redução da Mortalidade Neonatal depende mais de condições de desenvolvimento e qualidade dos serviços, além da disponibilidade de tecnologia apropriada (Blumenau, 2001b).

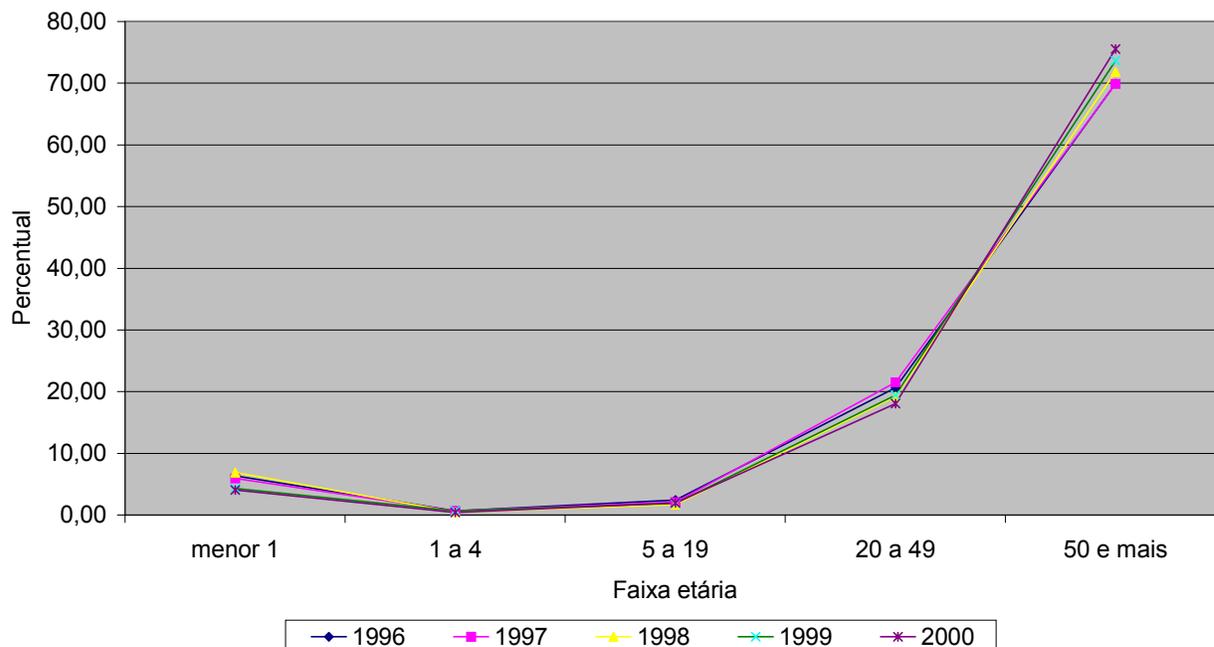
Frisamos ainda, que 85% dessas mortes infantis, no município, nos últimos 5 anos, são por afecções originadas no período perinatal e por anomalias congênitas e em relação às mortes por doenças infecciosas intestinais e respiratórias agudas, houve um acentuado declínio, pois enquanto no período de 1991-1995 foram responsáveis por cerca de 10% dos óbitos infantis, no período de 1996 a 2000 somam 4,3% com uma queda de mais de 50%. Isto se deve, a melhoria de assistência e coberturas de ações de saúde como terapia de reidratação oral, tratamento das infecções respiratórias agudas e de condições socioeconômicas. Entretanto, as mortes que ainda ocorrem por estas causas, refletem as condições de saúde inadequadas e passíveis de intervenção (Blumenau, 2001b).

O Coeficiente de Mortalidade Geral (C.M.G.), em Blumenau, nos últimos anos, ficou em torno de 5 por 1.000/habitantes. As doenças crônico-degenerativas se destacam, em Blumenau, como responsáveis por mais da metade dos óbitos da população, o que se deve, certamente, ao aumento da longevidade. Em contrapartida, as doenças infecciosas vêm apresentando redução acentuada, apesar de ainda se destacarem entre as dez principais causas de mortalidade, o que é normal no contexto atual de transição epidemiológica. As causas externas com tendência ascendente, principalmente devido aos acidentes de trânsito, aparecem como segunda causa de morte da população no município e o Coeficiente de Mortalidade Materna (C.M.M.), por sua vez, no ano 2000, foi de 22,2 por 100.000 nascidos vivos, número ainda muito elevado (Blumenau, 2001b).

A Mortalidade Proporcional por faixa etária expressa a tendência da mortalidade por grupo etário, verificando-se que, em Blumenau, os percentuais nos grupos etários de "menor de 1 ano" e "20 a 49 anos" vem apresentando um declínio durante os últimos anos, enquanto os grupos "1 a 4 anos" e "5 a 19 anos" apresentaram uma oscilação menor, resultando num aumento da mortalidade no grupo de 50 anos e mais. Esta mortalidade proporcional de maiores de 50 anos é utilizada para avaliar a situação de saúde. Quanto maior a proporção de óbitos nessa faixa etária, melhor o nível de saúde (Blumenau, 2001b).

A curva da Mortalidade Proporcional de Blumenau, apresentada a seguir, é típica de localidade com ótimo nível de saúde (mortalidade proporcional com 50 anos e mais acima de 75%), já que a mortalidade nas idades mais velhas é muito maior que nas primeiras idades. A proporção de mortes em menores de 1 ano, de quase 8% na série histórica anterior, caiu para em torno de 4% em Blumenau no ano 2000.

Curva de Nelson-Moraes, Blumenau, 1996-2000



7.2 - A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO SUS EM BLUMENAU

Grândola Vila Morena (Zeca Aafonso)

Grândola, vila morena
Terra da fraternidade
O povo é quem mais ordena
Dentro de ti, ó cidade

Dentro de ti, ó cidade
O povo é quem mais ordena
Terra da fraternidade
Grândola, vila morena

Em cada esquina um amigo
Em cada rosto igualdade
Grândola, vila morena
Terra da fraternidade

Terra da fraternidade
Grândola, vila morena
Em cada rosto igualdade
O povo é quem mais ordena

À sombra duma azinheira
Que já não sabia a idade
Jurei ter por companheira
Grândola a tua vontade

Grândola a tua vontade
Jurei ter por companheira
À sombra duma azinheira
Que já não sabia a idade

Estudar o processo de municipalização da saúde e conseqüentemente o processo de construção do Sistema Único de Saúde em Blumenau é o objetivo maior deste trabalho e justifica-se pela escassez de trabalhos existentes sobre a

saúde do município de Blumenau⁵, bem como pela inexistência de um histórico já publicado da saúde nesta cidade e na sua região.

É importante lembrar que todo projeto opera com idéia de futuro, ainda que carregado de compromissos com o passado, *passado que é*, como ensina Nogueira (2001, p.40), “em si mesmo, repleto de significado, lutas e derrotas, vencidos e vencedores, que se recriam de muitas maneiras”.

Rumar para o futuro nem sempre é simples ou despojado de resistências. Merece recordação a imagem, acerca da história, cheia de significados de Walter Benjamin: “um anjo cujo rosto está dirigido para o passado”. Onde observamos uma cadeia de eventos, este anjo só possui olhos para uma única catástrofe, contínua que amontoa destruição sobre destruição

Ele gostaria de deter-se para acordar os mortos e juntar os fragmentos. Mas uma tempestade sopra do paraíso e prende-se em suas asas com tanta força que ele não mais pode fecha-las. A tempestade o impele irresistivelmente para o futuro, ao qual ele vira as costas, enquanto o amontoado de ruínas cresce até o céu. Esta tempestade é o que chamamos progresso (Benjamin, 1994, p. 226).

É preciso, para valorizar a história e para entender seu ritmo, pensar nesta dialética histórica, neste processo histórico, que segundo Marx e Engels (1999, p. 113) “ocorre muito lentamente; as diferentes fases e os diversos interesses jamais são completamente ultrapassados, mas apenas subordinados ao interesse vitorioso, e vão-se arrastando durante séculos ao lado deste”.

Como, novamente, diria Marx (1978b, p.329), de forma mais poética no Dezoito Brumário de Luís Bonaparte: “Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado. A tradição de todas as gerações mortas oprime como um pesadelo o cérebro dos vivos”.

Em virtude disto Nogueira (2001, p. 41) afirma que “o pensamento crítico não tem como livrar-se do passado ou negá-lo como história. Sua meta, porém, ao realizar-se como crítica do presente, do que existe, é jogar luz sobre o futuro”.

⁵ Onde podemos incluir os trabalhos de Dos Santos (1993); Chaves (1995); Vansuita (1996); Duarte da Silva (1997); Bernardo (1998); Ortiga (1999); Bertoncini (2000) e Rodrigues

Como mais uma vez diria Marx (1978b, p.331) “A revolução social do século XIX não pode tirar sua poesia do passado, e sim do futuro”.

Por isso, a história, na medida em que é feita por sujeitos dialeticamente relacionados entre si e com o ambiente, realiza algo sempre aberto, não submetido a determinações rígidas ou destinos pré-fixados. Nada mais é do que uma sucessão de diferentes gerações, que exploram, cada uma a seu modo, um legado material e espiritual recebido das gerações anteriores (Nogueira, 2001, p. 42).

E esta história se inicia no ano de 1532, quando a Coroa Portuguesa presenteou Pêro Lopes de Souza com as famosas *Terras de Sant 'Ana* que compreendiam a metade do atual estado do Paraná e dois terços do que hoje é o estado de Santa Catarina. Nessa época, o território do Estado ainda era habitado por índios Guarani, entre os quais se encontravam Xoklengs, Kaigangs e Carijós (Cabral, 1994).

O processo de ocupação teve início em 1658 com a fundação de Nossa Senhora do Rio São Francisco, hoje São Francisco do Sul. Em 1662, foi fundada Nossa Senhora do Desterro, hoje Florianópolis, e, em 1684, chegou a vez de Santo António dos Anjos da Laguna, hoje Laguna (Piazza, 1994). Porém, os primeiros imigrantes, os açorianos, chegaram à Santa Catarina somente no ano de 1748 (Cabral, 1994; Piazza, 1994).

O mais importante grupo de imigrantes, contudo, seria composto pelos alemães. Eles fundaram, nos anos vinte do século retrasado, as colônias de São Pedro de Alcântara (fracassada) e Mafra, em 1849, a colônia Dona Francisca, hoje Joinville, em 1850, a de Blumenau, em 1860, a de Brusque, em 1871, a de São Bento do Sul e, em 1899, a de Ibirama, entre outras. Juntamente com os imigrantes italianos e poloneses, os alemães contribuíram decisivamente para a diversificação cultural e econômica de Santa Catarina (Theis, 2000).

O povoamento do Vale do Itajaí tomou impulso, a partir de 1850, com a Colônia Blumenau, fundada por Hermann Bruno Otto Blumenau, na confluência do Rio Itajaí-Açu com o Ribeirão Garcia, a cerca de 65 quilômetros do litoral, no ponto em que finda a sua navegabilidade. O Dr. Blumenau, nascido na Alemanha, em

1819, em Hasselfeld, dedicou-se inicialmente ao aprendizado do ofício de farmacêutico e mais tarde, em 1844, matriculou-se no curso de Química da Faculdade de Filosofia da Universidade de Erlangen, onde se doutorou em 1846. Interessou-se pela colonização e veio ao Brasil, em 1846, para conhecer as colônias alemãs existentes. Em fins de 1847, visitou a região do Vale do Itajaí e, acompanhado de seu então sócio Fernando Hackradt, decidiu-se pela implantação de uma colônia nesse local. Após a negociação com o Governo Provincial de Santa Catarina, retornou à Alemanha para reunir o primeiro grupo de 17 colonos, com quem iniciou a colonização de Blumenau no dia 2 de Setembro de 1850, considerada a data de fundação da cidade (Singer, 1977).

Na sua fase inicial, a vida econômica da colônia era baseada na produção para o autoconsumo e possuía uma divisão de trabalho muito incipiente já que cada família satisfazia, com sua própria produção, quase todas suas necessidades, mas na medida em que a população crescia, surgiam também as possibilidades de se estabelecer uma maior divisão social do trabalho com uma economia artesanal, pouco a pouco se diferenciando da atividade agrícola (Singer, 1977).

O capital, nestas cidades, era um capital surgido naturalmente, que consistia em habitação, ferramentas e uma clientela natural e hereditária; transmitia-se de pai para filhos como capital irrealizável, devido ao incipiente comércio e a escassa circulação. Este capital não era, como o moderno, um capital avaliável em dinheiro, que pode ser investido indiferentemente; mas era um capital diretamente ligado ao trabalho determinado do possuidor e dele inseparável; era, portanto, neste sentido, um capital “corporativo” (Marx e Engels, 1999, p.81-2). (Grifo dos autores).

Iniciando sua obra de colonização, o Dr. Blumenau, talvez por sua formação universitária e por ter atuado como farmacêutico, dedicou uma atenção especial a assistência médica dos imigrantes. Dificuldades e perigos de acidentes, afogamentos, mordidas de animais, picadas de insetos, epidemias e doenças tropicais, exigiam um tratamento que fosse além da assistência caseira.

Sendo assim, em 1857, Dr. Bernardo Knoblauch foi contratado como primeiro médico da colônia, ainda um empreendimento particular.

Os colonos eram atendidos pelo médico em suas residências, mas o Dr. Blumenau acreditava na necessidade de se ter um hospital na colônia, o que poderia garantir um atendimento médico mais eficiente e em janeiro de 1860, após a venda da colônia para o governo imperial, apresentou um orçamento no qual insistia na necessidade de prever um “Hospital e arranjos internos de enfermagem, camas, roupas, etc.”. Partindo de uma organização fundada pelos imigrantes, instituiu-se no dia 22 de agosto de 1860 a *Kranken-Unterstützungs Verein* – Sociedade de Mútua Assistência em Enfermidades, cujos estatutos foram encaminhados e aprovados pelo Governo da Província.

Isto nada mais é do que uma extensão para a saúde daquilo que Simão (1995, p.8) coloca a respeito do desenvolvimento inicial de Blumenau estar “associado a relações de solidariedade”. Solidariedade esta que se expressava na cooperação doméstica, já que não havia mão-de-obra escrava na colônia e a família necessitava garantir a sua sobrevivência dedicando-se ao trabalho agrícola. Com o aumento da imigração e com a organização de associações culturais e em outras áreas, inclusive na área da saúde, essa solidariedade inicialmente privada e de âmbito familiar se estendeu “à esfera pública”.

Os primeiros anos foram difíceis e a colônia apresentou sérias dificuldades financeiras e somente em 1860, depois que o Dr. Blumenau transferiu seus direitos de propriedade para o governo imperial, é que a mesma deslanchou. Daí em diante é que se alargou a ocupação das terras situadas às margens do Itajaí-Açu, sobretudo margem direita (Theis,2000). Desta forma a empresa do Dr. Blumenau tornou-se colônia oficial, desaparecendo um dos maiores óbices ao seu desenvolvimento, ou seja, a falta de recursos para investir em obras públicas e seu fundador foi nomeado diretor da mesma, sendo remunerado pelo governo e o desenvolvimento da colônia se acelerou (Singer, 1977).

O Dr. Blumenau continuou na direção da Colônia por mais 16 anos, até ocorrer o desmembramento da mesma, do Município de Itajaí e conseqüente emancipação. Em 1882, H. Blumenau, acompanhado de sua esposa e de duas filhas, deixou o Município com destino à Alemanha, onde já estudava o seu filho mais velho (Simão,1995 e 2000).

Em 1870, não havendo nenhuma resposta positiva do governo da Província, a Sociedade de Mútua Assistência em Enfermidades construiu uma modesta Casa de Saúde, na atual rua Itajaí. Em 27 de abril de 1873, mediante autorização do Ministério da Agricultura, foi iniciada a construção de um hospital apropriado, o que acabou por se justificar plenamente, pois a construção antiga desabou em 22 de fevereiro de 1874, em consequência de um forte temporal.

Segundo Theis (2000, p. 170):

Em 1874, Blumenau contava com cerca de 7.000 habitantes, quase todos da Alemanha - mais destacadamente de Pommern, Holstein, Braunschweig e Sachsen. Em seguida, vieram, também, italianos e poloneses, que se localizavam, preferencialmente, na periferia da colônia alemã. Apenas oito anos depois, em 1882, os habitantes de Blumenau já eram cerca de 16.000, destacando-se, claro, os alemães (71%) e os italianos (18%), embora também luso-brasileiros e poloneses contribuísem para a constituição inicial da população da colônia.

Com este rápido crescimento da população ocorreu à expansão do mercado interno da cidade, com uma intensificação do comércio, inclusive da produção local excedente de farinha de mandioca, cana-de-açúcar, fumo, arroz derivados de leite.

Com a colonização alemã, foram introduzidas novas relações de trabalho no Vale do Itajaí, acompanhadas de uma elevada qualificação da força de trabalho, fatores estes que somados aos excedentes acumulados nas atividades tradicionais da agricultura, do comércio e do artesanato, constituíram condição importante para a industrialização de Blumenau (Theis,2000).

Em 1876 foi concluída a construção do hospital e neste mesmo ano, foram realizadas 16 cirurgias. Sua construção era toda de carpintaria, com frontal de tijolos e coberto de telhas e muro. Contava com enfermarias, cozinha, latrinas, depósito de cadáveres e pertences. Denominado de Hospital da Caridade, hoje Hospital Santo Antônio, teve como seu primeiro médico o Dr. Francisco Valloton, que permaneceu até o ano de 1886.

Em 1878 ocorreu na cidade um surto de varíola, trazida por imigrantes o que gerou pânico na população e estimulou a procura de vacinas. Segundo Costa (1986), nesta época, a nível nacional, a preocupação com a varíola motivou a cultura de linfa variólica animal para fornecimento a todo o país, bem como foi

instituído o isolamento dos variólicos, como tentativa de reduzir a propagação da doença.

Até este período toda assistência médica era gratuita, porém no ano de 1879 foi permitido ao Hospital receber pagamentos dos doentes que tinham mais posses. As despesas com a administração e conservação de Hospital eram realizadas por conta da diretoria.

Neste período se iniciava, em Blumenau, aquilo que Singer (1977, p. 118) chama de “uma divisão de trabalho entre o campo e a cidade com uma monetarização crescente da economia camponesa”, uma nova fase da economia, onde comerciantes e produtores entravam em oposição com o estímulo à concorrência e o conflito de interesses.

Marx e Engels (1999, p.82) ao comentarem o desenvolvimento da divisão do trabalho se referem a situações como estas em “A ideologia alemã”: “O passo seguinte no desenvolvimento da divisão do trabalho foi a separação entre a produção e o comércio, a formação de uma classe especial de comerciantes, uma separação que já era tradicional nas cidades transmitidas por um período anterior (...) e que logo surgiu nas cidades de formação recente”.

Como ensina Simão (1995) a sobrevivência começava a perder sua própria garantia coletiva e surgia o culto à autonomia individual.

A afirmativa de Behring (2000) a respeito das idéias de Adam Smith, de que os indivíduos ao buscarem ganhos materiais, são orientados por sentimentos morais e por um senso de dever e de que as mesmas tornam-se, ao lado da ética do trabalho, amplamente hegemônicas, a medida em que a sociedade burguesa vai se consolidando, aplica-se perfeitamente a Blumenau.

No dia 4 de fevereiro de 1880, pela Lei do Governo Provincial n° 860, foi criado o município de Blumenau, sendo este ato ratificado pelo Decreto Imperial 7.693, em 20 de abril do mesmo ano, Ferreira da Silva (1988, p.105) assim se refere: “Por essa lei, as freguesias de São Pedro Apóstolo, de Gaspar, e São Paulo Apóstolo, de Blumenau, foram desmembradas do território do município de Itajaí para formarem um novo município, sob a denominação de Município de Blumenau...”.

Entretanto, em conseqüência da grande enchente do rio Itajaí-Açu, em setembro de 1880, que causou, além de grandes prejuízos, a morte de onze pessoas, a instalação do município só foi concretizada em 1883 (Simão, 1995 e 2000).

A criação das primeiras indústrias na cidade coincidiu com a concretização da instalação do governo local de Blumenau, no ano de 1883. De acordo com Simão (2000, p. 15) o que poderia inicialmente parecer uma coincidência é, na realidade: “(...)a comprovação do próprio desenvolvimento de uma colônia, que passou a ter maior complexidade social e a necessitar, conseqüentemente, de uma estrutura jurídico-política para garantir o atendimento dos interesses da classe que já apontava como socialmente hegemônica”.

Com a emancipação da colônia, foi dissolvida a diretoria do Hospital, requerendo o Dr. Blumenau que a administração do mesmo fosse entregue à Sociedade de Mútua Assistência em Enfermidades, sendo este ato autorizado em 16 de dezembro de 1882.

A Sociedade introduziu alguns melhoramentos, como a construção de um novo edifício em frente ao antigo e a reforma e transformações de uma parte do prédio em asilo. Foram médicos do Hospital neste período, além do Dr. Valloton, o Dr. Bonifácio Cunha e o Dr. Hugo Gensh.

Entrando no período da histórica transposição do padrão de desenvolvimento agrícola, que Singer (1977, p. 129) denomina “da pequena indústria” e que vai de 1880 a 1914, a hegemonia foi assumida pelos comerciantes que, no intuito de ampliarem seu próprio comércio, contribuíram para o crescimento da indústria. Assim, o bloco hegemônico passou a ser constituído pela classe empresarial, formada pelos comerciantes e industriais. Daí em diante, esse bloco, procurou desenvolver movimentos políticos no sentido de garantir a representação de seus interesses nas diferentes esferas do governo (Simão,2000).

A indústria, em Blumenau e região, se desenvolveu com base na força de trabalho disponível e este desenvolvimento repousou num processo de exploração. Na época em questão, a acumulação de capital era acelerada, e o era em face da dramaticamente elevada expropriação de trabalho dos primeiros

colonos europeus que se dirigiram a Blumenau. A possibilidade da industrialização e da posterior inserção da economia regional no mercado interno nacional resultou da disponibilidade de força de trabalho, uma força de trabalho qualificada que, por salários reduzidos, propiciou a referida aceleração no ritmo de reprodução do capital local (Vidor, 1995).

É de Marx (1985, p.528) o comentário a seguir: “Com o desenvolvimento do sistema fabril e com a transformação da agricultura que o acompanha não só se estende a escala de produção nos demais ramos de atividade, mas também muda seu caráter”.

É importante registrar que neste período surgem as primeiras empresas daquele que se transformaria no mais importante setor da economia local, as têxteis Hering (1880), Karsten (1882) e Garcia (1884). Tomio (2000, p. 97) assim se refere ao processo:

Enquanto fenômeno econômico, a indústria têxtil de Blumenau teve seu surgimento associado ao início da industrialização catarinense, em 1880, com a criação da Hering. Originado a partir de recursos locais, inicialmente, de capitais da burguesia comercial e da poupança interna dos pequenos camponeses e, depois, do reinvestimento dos rendimentos da indústria, já no início deste século, o setor têxtil posicionou-se como o mais importante da economia regional. A grande relevância do setor têxtil blumenauense propiciou aos grandes empresários uma posição privilegiada na definição de políticas públicas, sobretudo no Município e no Estado.

A fundação da empresa Hering, em 1880, pelos imigrantes alemães Hermann e Bruno Hering é considerada, pela maioria dos estudiosos, como o marco inicial do processo de industrialização em Santa Catarina, tornando-se o símbolo que marca a gradativa substituição, em ordem de importância, das atividades de transformação artesanais por métodos industriais de produção (Tomio, 2000).

Neste período surge a Associação Comercial e Industrial de Blumenau (ACIB), a mais antiga e tradicional entidade de representação de interesses do empresariado blumenauense, notadamente da burguesia industrial têxtil.

No final do século XIX, provenientes da Alemanha, as Irmãs da Congregação da Divina Providência fundaram em 1895 o Colégio Sagrada Família. Nesse local auxiliavam um médico da época, Dr. Ernesto Sappelt, nos

cuidados com os doentes. Com o aumento da demanda, construíram, em anexo ao colégio, uma dependência de madeira, contendo uma pequena sala de cirurgia, uma cozinha e alguns quartos, suportando um número de nove leitos e que foi inaugurado em 04 de outubro de 1909 com o nome de Hospital Santa Isabel. Em 1916 houve a inauguração da ampliação do espaço físico do hospital, agora com dois pavilhões de vinte leitos cada e nove quartos individuais (Dos Santos, 1993).

Ainda em 1916, o Governador do estado de Santa Catarina intervem na administração do Hospital de Caridade e em 1918, a mesma é entregue à Superintendência do Município, sendo dirigido então por uma comissão presidida pelo juiz de Direito, Dr. Pedro Silva.

No período da República Velha, os representantes no governo local de Blumenau, em sua maioria eram comerciantes, fato este que comprova que continuavam a se destacar “na divisão social do trabalho da sociedade local e também mantinham a hegemonia política” (Simão, 2000, p. 20).

De 1883 à 1940 as representações políticas em Blumenau, correspondiam a representações de interesses econômicos e interesses político-culturais, ou seja, situavam-se entre a preservação da nacionalidade alemã e a preservação das tradições culturais e econômicas, já que os empresários locais eram de origem germânica (Simão, 2000).

Estas características estiveram presentes, no início da República, nas figuras de três políticos catarinenses do Partido Republicano, que governaram o estado diversas vezes, foram senadores e deputados federais, ou seja, Lauro Müller, Felipe Schmidt e Hercílio Luz, os dois primeiros considerados teuto-brasileiros e apesar de não nascidos em Blumenau possuidores de grandes ligações com a região e o terceiro foi chefe do escritório da Inspetoria de Terras e Colonização em Blumenau, onde contou com o apoio das instituições germânicas para sua carreira política (Tomio, 2000).

Serão os herdeiros destes três políticos que irão demonstrar maior organicidade com empresariado local: os irmãos Konder (Adolfo, Victor e Marcos) e Irineu Bornhausen. Estes políticos, que originaram a oligarquia dos Konder-Bornhausen, expressaram no contexto político da cidade, a união dos interesses étnicos e empresariais (Tomio, 2000).

Ainda segundo Tomio (2000), nas primeiras décadas do século XX, a distância dos principais centros de poder do país proporcionava uma relativa autonomia política local que, somada a grande unidade ideológica, motivada pela etnia teuto-brasileira, viabilizaram a estruturação de um projeto político-econômico próprio, hegemônico pela elite empresarial blumenauense. Nesse período, o empresariado foi hiperativo em sua atuação política através do exercício dos postos dirigentes do governo local e da formação de organizações políticas e corporativas como o *Volksverein*, destinadas tanto à articulação interna do grupo hegemônico e quanto à reprodução e legitimação dos valores dominantes dos setores subordinados no espaço político-cultural blumenauense. Além disso, nesse momento histórico, formou-se um relacionamento mais orgânico - com vínculos econômicos, políticos e ideológicos - do empresariado blumenauense com a oligarquia Konder/Bornhausen, viabilizando uma maior participação nos espaços de poder e decisão na esfera estadual.

Este período se constitui numa fase de transição para a economia de Blumenau. É o início de uma nova etapa na industrialização que Singer (1977, p. 129-130) define como da grande indústria: "(...) as empresas que atingem o estágio de grande indústria possuindo uma participação ponderável no mercado nacional, são as que desempenham um papel pioneiro em ramos virgens ou quase virgens no Brasil".

A este respeito Moraes Neto (1989, p. 45) afirma que "para Marx, como não poderia deixar de ser, o que se verifica é um processo que chega a seu ponto culminante com a grande indústria". Marx (1985) coloca na sua obra "O Capital" que o processo de fragmentação do trabalho, da alienação, atinge seu ponto máximo na grande indústria.

Segundo Singer (1977) em 1920, de acordo com o censo, Blumenau possuía a mais rica economia agrícola de Santa Catarina, encontrando-se em acelerado processo de comercialização e é neste ano, em 27 de junho, que será inaugurado o *Evangelisches Krankenhaus* Blumenau, cuja construção teve início em 1916 e atualmente se denomina Hospital Santa Catarina, com capacidade, então, para 50 leitos, distribuídos em duas alas uma masculina e outra feminina. A proposta de construção do mesmo partiu do Pastor Walter Mummelthey,

presidente do Sínodo Evangélico, na época, proposta esta aceita unanimemente pelos membros da diretoria da comunidade evangélica entre os quais se encontravam diversos empresários e membros da elite hegemônica da cidade como Hermann Mueller Hering, Luiz Altemburg, Carl Liesenberg, Alwin Schraeder (administrador do município no período de 1903 à 1914), Max Hering, José Deeke, Otto Ronkohl e Artur Koehler, alguns inclusive integrantes do *Volkspartei*.

Vivia-se na cidade, o período de confronto entre os pangermanistas e os anti-pangermanistas. Os primeiros integrantes do *Volkspartei* e defensores de uma concepção de nacionalidade germânica que se mantinha pelo idioma e defendia uma noção de um povo, uma nação, um líder, um só partido, um Estado totalitário e os segundos compreendendo a relação com a Alemanha por serem descendentes de alemães, porém defendendo o desenvolvimento de um Estado brasileiro para todos e pregando uma relação de patriotismo com o Brasil (Simão, 1995).

Até 1923, os partidos políticos existentes em Blumenau, foram a Sociedade Eleitoral Democrática Republicana, o Partido Conservador, o Partido Católico, que passaria a se denominar União Federativa, o Partido Liberal, e o *Volksverein* (Sociedade do Povo). O *Volksverein* não era propriamente um partido político, mas sim uma associação de vários partidos que se colocava como o Partido do Povo ou *Volkspartei*. Essa organização se inicia na cidade de Blumenau, expandindo-se para todo o estado. Porém, é em Blumenau que terá maior peso, apesar de seu pouco tempo de existência, pois, com a Primeira Guerra Mundial, é forçado a desaparecer (Simão, 1995 e 2000).

Simão (1995, p. 57) coloca que na concepção desse partido já se podia identificar o propósito da formação do que seria no futuro o Terceiro Reich:

Volkspartei não era, apenas, uma organização da classe patronal, e sim uma associação germânica que concebia a existência de um só partido, um líder e uma massa que, acima de tudo, acreditava que, somente com a união dos alemães, feitos grandiosos, se concretizar-se-iam. O símbolo desta união era a bandeira alemã.

Ainda neste início de século XX, mais especificamente em 1907, ocorrem as primeiras greves de trabalhadores em Blumenau: a dos estivadores da Cia. Fluvial de Navegação e dos funcionários que trabalhavam na construção da

Estrada de Ferro de Santa Catarina (E.F.S.C.). Em ambas as greves, que objetivavam melhorias salariais, a solução apresentada, pelos patrões, foi a demissão de trabalhadores (Simão, 1995).

Em 1912 acontece a greve dos cocheiros de Blumenau, que se recusavam a pagar a licença policial então exigida e a cidade fica 15 dias sem seus carros de molas. Em 1918 ocorre a greve dos operários das oficinas da E.F.S.C. pelo fato do governo ter encampado a estrada e com provável intuito de manutenção dos empregos (Simão, 1995).

Em 1920, ano em que aconteceram diversas greves de trabalhadores no Brasil, em Blumenau “trabalhadores têxteis (...) realizaram o primeiro movimento específico da classe: a greve dos trabalhadores da empresa Garcia. Esse movimento teve grande repercussão no Município” (Simão, 2000, p.37). Esta luta por melhores salários não resultou somente nas demissões dos trabalhadores envolvidos, mas, implicou também na expulsão do Brasil, de dois alemães: Fritz Koch e Georg Steruck, tidos como anarquistas ou mesmo socialistas ou bolchevistas e considerados uma ameaça a cidade e ao capital. Em todo o mundo capitalista, em virtude do perigo representado pelo eco da Revolução Russa de 1917, as classes hegemônicas estavam a combater a proposta socialista através de uma forte propaganda anti-comunista e da desarticulação dos movimentos dos trabalhadores (Simão, 1995).

Em 1923, Curt Hering, assumiu o executivo local em 09 de maio de 1923, em substituição ao administrador que falecera, e elegeu-se, sem oposição, no final do mesmo ano. Foi o primeiro governante municipal a ocupar o cargo com a denominação de prefeito municipal e o primeiro industrial a ser eleito representante junto ao governo local. E o símbolo do fim do domínio político dos comerciantes. Curt Hering era um dos proprietários de uma das principais, senão a principal fábrica têxtil de Blumenau (Simão, 2000).

Muito importante é a observação que Simão (2000, p. 37-8) realiza a cerca desses fatos:

A eleição de Curt Hering, sem oposição, parece refletir a união de todos os sujeitos políticos, orgânicos e organicamente vinculados aos interesses do empresariado, para combater qualquer possibilidade de infiltração de ideologias comunistas na sociedade civil e no governo local, ou seja, seria uma "resposta" à

greve de 1920 que resultou, inclusive, na expulsão dos líderes grevistas do território brasileiro. Cabe lembrar, ainda, que o combate à menor possibilidade de emancipação dos trabalhadores estava ainda mais forte pelo sucesso da Revolução Russa em 1917.

Curt Hering foi deposto, em outubro de 1930, pelas forças que apoiavam o movimento liderado por Getúlio Vargas. E durante os sete anos que durou sua administração, desenvolveu várias políticas que contribuíram para a ampliação do comércio: criou condições de instalação de telefonia, construiu rodovias e novas instalações para as repartições dos correios e telégrafos. Na medida em que estradas e os meios de comunicação agilizavam a circulação de mercadorias, estava esse representante atendendo aos interesses hegemônicos (Simão, 2000).

Na época, o governador de Santa Catarina era um teuto-brasileiro, Adolfo Konder e com a vitória de Vargas, Nereu Ramos assume o governo estadual e sua oligarquia escolherá e nomeará os interventores da cidade (Tomio, 2000).

É do início do período de Curt Hering como Prefeito, que são inaugurados, respectivamente, em 1923, por iniciativa da Sociedade Evangélica de Senhoras de Blumenau (Blumenau, 1994), o prédio da Maternidade Johanastif, (que mais tarde seria transformado no restaurante Cavalinho Branco e que hoje encontra-se abandonado) (Siebert, 2000a) e em 1924, por iniciativa da Sociedade Benificência Misericórdia, o Hospital Misericórdia, no distrito de Vila Itoupava (Blumenau, 1994).

Em 1924 o Hospital de Caridade é entregue à Prefeitura e passa a denominar-se Hospital Municipal.

Neste período anterior a 30, houve em Blumenau, da mesma forma como ocorreu na maior parte do país, a hegemonia das políticas de saúde pública, com um modelo de atenção em saúde, nas palavras de Costa (1986, p. 117), “orientado predominantemente para o controle das endemias e generalização de medidas de imunização”.

É um período, em que no Brasil, são criadas estruturas de saúde autoritárias, com uma hierarquia rígida, emperradas, militarescas, como podemos observar nas palavras de Campos (1992, p.112) ao se referir ao modelo adotado, “trazendo inicialmente aos serviços públicos, características organizacionais semelhantes às do exército”.

Porém, o mais importante é que a saúde em Blumenau, no final do século XIX e neste início de século XX, é marcada pelo surgimento e consolidação da face liberal da medicina na cidade, ocorrendo no dizer de Rodrigues (2001, p.04) “profissionais em contato direto com a clientela particular” e também dos hospitais, que se incluem no que Luz (1986, p.51) denomina de “Instituições Médicas ou de Saúde”, ou seja, “aquelas (...)vinculadas à organização disciplinar, à conservação e à recuperação dos corpos, entendidas como conservação e recuperação da capacidade de trabalhar”.

No ano de 1938, a população do município de Blumenau, que compreendia um território de quase 10 mil quilômetros quadrados, alcançou 150 mil habitantes, a metade da qual falava alemão (Theiss, 2000).

No período da ditadura Vargas, numa atitude de represália política, o Município de Blumenau foi reduzido em seu território com o desmembramento de Hamônia (atual Ibirama), Gaspar, Rio do Sul, Timbó e Indaial, mas tornou-se mais homogêneo em seu espaço sócio-econômico (Tomio, 2000).

Em Blumenau, o sistema capitalista se desenvolvia a pleno vapor e historicamente, com o avanço do capitalismo as instituições sociais tendem à detenção do poder, que se manifesta nas formas de prestação de serviços, das relações estabelecidas no interior das mesmas, do controle social por mecanismos de dominação ideológica, nem sempre percebidos pela população.

Faleiros (1991, p. 46) nos fala que “a institucionalização dos serviços sociais está vinculada ao processo político global do desenvolvimento das condições da acumulação do capital”.

Segundo Merhy (1987) as práticas sanitárias, enquanto práticas que procuravam garantir a reprodução do espaço urbano (que seria o local onde se dá a relação entre a forma de produção industrial e a realização da mais valia) e da população ativa ou de reservas de trabalhadores, dentro de uma óptica estrutural do modo de produção capitalista, eram, historicamente, assumidas pelo Estado local.

Na década de 30, em consonância com a política de Vargas, surgem em Blumenau serviços de assistência médica dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) dos quais se destacaram o dos industriários (IAPI) e o dos

comerciários (IAPC), sendo que ao mesmo tempo se iniciam, algumas ações do sanitarismo campanhista. São ações dispersas de educação sanitária e de campanhas de controle de doenças, através do Departamento Nacional de Saúde do Ministério de Educação e Saúde, coordenadas por sanitaristas como o médico Afonso Rabe, que chega na cidade em 1931 e só consegue trabalhar no Hospital Municipal, pois nos outros hospitais da cidade, dava-se preferência a médicos formados na Alemanha.

No ano de 1936, novamente em crise, a enfermagem e administração do Hospital Municipal foram entregues às irmãs da Irmandade de São Francisco, com sede na colônia de Angelina, que ficariam atuando no local até final da década de 70.

A afirmação de Buss (1995, p. 74) de que “nos anos 30-40, a assistência médica era prestada principalmente nos centros urbanos por médicos em prática privada, estando a assistência hospitalar concentrada em misericórdias, pertencentes a instituições religiosas ou filantrópicas”, se aplica bem para Blumenau do período.

Durante esse primeiro período da ditadura de Vargas, vai-se organizando, em Blumenau, o Núcleo da Ação Integralista Brasileira (AIB), um novo grupo político que, apesar de não contar com o apoio do bloco socialmente hegemônico, gozará de muito prestígio em Blumenau e entre as outras colônias alemãs catarinenses. Demonstração disto foi o resultado das eleições de 1º de março de 1936, em que os integralistas receberam 70% dos votos do Município e tornam-se predominantes na preferência dos eleitores de Blumenau, se contrapondo às propostas políticas da União Democrática liderada pela elite econômica da cidade, significando, naquele momento, fragilidade do bloco socialmente hegemônico no campo político. Com o Partido Integralista, os trabalhadores serão representados, pela primeira vez, no governo local, pois, até então, as representações eram oriundas das classes hegemônicas (Simão, 2000).

Desta vez, não havia nenhum industrial ou comerciante no exercício direto dos cargos eletivos o que apontava uma crise de hegemonia política do empresariado, sem, no entanto, significar que estivesse sendo construída a contra-hegemonia social (Simão, 2000; Tomio, 2000) e embora os novos

representantes do Partido Integralista, que assumiram em 1936, tivessem sido, em sua maioria, trabalhadores, esse novo grupo político, não colocava em discussão a questão do trabalho e do capital, até porque nas palavras de Gertz (1987, p.120) os integralistas, apesar de aceitarem a fusão racial "(...) eram extremamente anti-semitas; atacavam a democracia liberal (França, Grã-Bretanha, Estados Unidos) e o comunismo (União Soviética) com toda força e se calavam a respeito do imperialismo alemão e italiano...".

Essa administração foi interrompida pela reinstalação do regime ditatorial de Vargas, que nomeou prefeito José Ferreira da Silva, o vereador mais votado, o qual era, curiosamente, integralista. Por outro lado, os tradicionais empresários são mantidos fora da representação política. No final desta gestão, que ocorreu de 1938 a 1941, os trabalhadores se organizam "em entidades de representação profissional, entrando Blumenau numa nova fase, em que a representação política não mais será escolhida por diferenças de concepção étnico-política" (Simão, 2000, p.48).

O principal eixo de ruptura desse período foi originado pela campanha de nacionalização do governo Vargas e que tinha como lema "O Brasil para os Brasileiros", provocou mudanças no comportamento político da população germânica, resultando no fechamento das escolas de língua alemã, e das sociedades de atiradores, além da proibição da comunicação verbal e escrita, na língua alemã, o que levou à prisão pessoas denunciadas por usarem esta língua no seu dia a dia, bem como à perseguição dos sujeitos políticos que se destacavam na vida política da cidade e que não eram "confiáveis" ao governo brasileiro. A nacionalização transformou as formas de reprodução da ideologia étnica e de seu potencial formador da identidade coletiva do empresariado local (Simão, 2000; Tomio, 2000).

No início da década de 40 se instala a Associação Profissional dos Trabalhadores nas Indústrias de Fiação e Tecelagem de Blumenau, que mais tarde se transformaria no maior sindicato de trabalhadores da região. Seus dirigentes se atrelando aos interesses dos donos do capital, não se contrapunham ao patronato para defesa dos interesses históricos e dos interesses imediatos da classe trabalhadora, desenvolveram uma prática que no futuro seria seguida, em

menor escala, pelos demais sindicatos de trabalhadores da cidade, ou seja, “a prestação de serviços assistenciais (médico, hospitalar, farmacêutico, jurídico) para seus associados”, serviços estes, por serem mais econômicos que o acesso particular, contribuía para a sobrevivência dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, serviam aos interesses do capital, pois amenizavam os baixos salários (Simão, 1995, p. 97).

Simão (1995, p.123) nos fala um pouco mais, mostrando o grau de dependência dos trabalhadores aos serviços assistenciais oferecidos pelo Sindicato não combativo:

...O governo local não ofereceu, até o final da década de 60, serviços sociais significativos, na área da saúde e os serviços de creche eram inexistentes, fazendo com que os serviços oferecidos pelo Sindicato: amparo aos filhos dos trabalhadores têxteis e assistência médica, fossem de grande importância para o trabalhador. Estes serviços foram oferecidos dentro das regras de mercado, não se caracterizando como um direito universal, pois com a rescisão do contrato, o trabalhador perde o direito de usufruir os benefícios sociais oferecidos pelo Sindicato.

Em 1943 é lançada no governo do Prefeito Afonso Rabe, a pedra fundamental do novo Hospital Municipal, após demolição do antigo, que jazia em completa ruína e em 1948 o Hospital passa a denominar-se Hospital Santo Antônio.

A redemocratização encontra Blumenau modificada economicamente, “apresentando um perfil predominantemente urbano-industrial” (Tomio, 2000, p. 83).

De acordo com Theiss (2000, p. 173) até os anos trinta, a estrutura industrial regional ainda vinha se desenvolvendo com base em recursos acumulados localmente, ou seja, a partir da mais-valia gerada no município e região, com relativa independência do processo de acumulação que vinha tendo lugar em nível nacional. Isto ocorria em virtude “do reduzido grau de integração da economia regional à economia brasileira, mas, também, da relativa autonomia da estrutura industrial regional”.

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, esta situação se modifica e apesar de preservar características próprias, “a economia regional passou a se integrar

ao mercado interno nacional (...) e o desenvolvimento do Vale do Itajaí acabou por aproximar-se do desenvolvimento da economia brasileira” (Theiss, 2000, p.173).

Segundo Vidor (1995), esta aproximação, ficaria bem clara mais tarde, diante do fato, de que, os salários do setor secundário, na região do Vale do Itajaí, se tornaram, quase sempre, tão baixos, quanto nas demais regiões do Brasil, embora a produtividade do trabalho, em ambos os casos, apresentasse elevação.

Merhy (1992, p.51) nos diz que, no campo da saúde pública, “vários segmentos sociais colocam, (...), seus modelos tecno-assistenciais em disputa, como projetos de políticas”. E dentre esses segmentos, foram os médicos, a corporação que, em vários momentos, manifestou-se como a categoria profissional “com maior peso”. Inclusive, no período da República Velha, os médicos sanitaristas desempenharam um papel predominante, continuando a ter importância no correr dos posteriores a revolução de 30, embora não mantendo posição de predomínio em virtude do surgimento “de novos agentes sociais nesse campo”.

Em 1945, é inaugurado, em terreno adquirido pela municipalidade (Blumenau, 1994), o Centro de Saúde de Blumenau, pertencente ao Departamento Autônomo de Saúde Pública do estado de Santa Catarina (DASP), serviço este implantado pelo interventor Nereu Ramos e que atendia a população não previdenciária e seguia a filosofia do sanitarismo campanhista.

Para Mendes (1995a, p. 20), “o sanitarismo campanhista significa uma visão de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, com criação de estruturas ‘ad hoc’, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social”.

Segundo Rodrigues (2001, p.4) o serviço do Centro de Saúde em nossa cidade contou *com* “a efetiva participação de médicos como: Afonso Balsini (higiene infantil, cozinha dietética e pré-natal), Telmo Duarte Pereira (pré-escola e escola), Diogo Vergara (sífilis e doenças Sociais), Armírio Tavares (oftalmologia e otorrinolaringologia)”.

A predominância dos médicos, no campo das ações coletivas de saúde, não foi causal, mas deveu-se a duas grandes questões: a primeira é que a partir da concepção do processo saúde-doença, com o paradigma da clínica, que se

define o objeto de ação desse campo e a segunda, diz respeito ao fato dos médicos, em virtude de um conjunto de determinações históricas, “terem se tornado uma categoria socialmente legítima para falar das políticas de saúde” (Merhy, 1992, p. 51).

Estes Centros de Saúde foram concebidos com base no modelo sanitário norte-americano da década de 1910 e em relação a outros estados da federação, surgiram tardiamente em nosso estado, pois no Brasil, os mesmos, segundo Costa (1986, p. 120), “começaram a ser concretizados de forma ampla a partir de 1934”.

De 1945 até 1969, período que Simão denomina de “do consenso espontâneo”, as representações políticas escolhidas através do sufrágio universal, estavam organicamente vinculadas ao empresariado. A identidade étnica deixava de ser um fator de mediação na escolha de representantes para o governo local, o que demonstrava o prestígio concedido pelas massas ao empresariado devido ao seu desenvolvimento. A primeira eleição direta após a ditadura de Vargas, em 1950, coincidiu com o momento em que Blumenau usufruía o desenvolvimento conquistado nos períodos entre guerras e pós-guerra. O aumento da produção, pela inserção de máquinas, seguramente contribuiu para a eleição de representações políticas orgânicas vinculadas ao empresariado (Simão, 2000).

Segundo Simão (2000, p. 48)

(...) o Integralismo foi o último movimento de expressão mediado pela etnia. Começa, após Vargas, a defesa de interesses econômicos específicos de classe. Isso não significa que as lutas políticas desenvolvidas de 1890 a 1938 não visassem aos interesses de classe. Obviamente visavam, mas estes interesses estavam aliados à questão da etnia. Os movimentos específicos de trabalhadores passaram a acontecer com frequência e com repercussão na economia blumenauense evidenciando as contradições locais.

Neste período o empresariado passa a controlar, também, os sindicatos, os quais começam a surgir a partir de 1940. Em 1941 é criada a primeira Associação Profissional dos Trabalhadores das Indústrias Têxteis. No final do ano de 1945, a Associação dos Trabalhadores Têxteis entra com o processo de reconhecimento de sua transformação em Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Fiação e Tecelagem o que ocorreu em 1950. Mas durante todo este

período e nas décadas seguintes este Sindicato ficaria distante de manter sua organicidade com a classe e seria controlado por indivíduos identificados com o patronato. Mesmo assim, depois de organizada a Associação, mais tarde Sindicato, de 1945 a 1950, foram deflagradas três greves de trabalhadores têxteis limitadas a reivindicações salariais e sem apoio do Sindicato, que na realidade não controlava a categoria que dizia representar e tão pouco realizava o papel, “como força social mediadora das classes fundamentais à medida que os movimentos de greve eclodiam” (Simão, 1995, p. 101).

Apesar da falta de oposição do Sindicato dos Trabalhadores, a ocorrência das greves de 1945, 49 e 50, motivou a criação de uma organização empresarial que, interagindo institucionalmente com o Estado, representasse os interesses do empresariado têxtil na articulação da repressão oficial aos movimentos grevistas. Isto se deu, primeiramente, através da "Associação Profissional da Indústria de Fiação e Tecelagem em Geral de Blumenau" que obteve registro oficial do Ministério do Trabalho em 16 de junho de 1950. Com vida curta, a associação foi transformada, no ano seguinte, em "Sindicato da Indústria de Fiação e Tecelagem de Blumenau" (SINTEX).

Em 1950, sob administração do Prefeito Frederico Busch Jr, foram iniciadas as construções de novas áreas do Hospital Santo Antônio tais como: maternidade, pediatria, otorrinolaringologia e um pavilhão para quartos particulares.

Em 1954 é organizada por Aldo Pereira de Andrade, uma chapa, cooptada pelos empresários, que se torna vitoriosa e assume a direção do Sindicato dos Trabalhadores Têxteis com o objetivo de conciliar os interesses historicamente contraditórios do capital e trabalho, com a função de organizar o consenso. Com a nova diretoria deixaram de existir greves no setor têxtil por um período de quase três décadas (Simão, 1995).

Ainda na década de 50 se intensificaram, com o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), mais tarde Superintendência de Campanhas (Sucam) as ações de controle por campanhas específicas.

Os partidos políticos majoritários em Blumenau, neste período, eram União Democrática Nacional (UDN) e o Partido Social Democrático (PSD). Sendo

estes partidos identificados nacionalmente, como anti-Vargas, a UDN, e pró-Vargas, o PSD, torna-se facilmente compreensível à hegemonia política de sujeitos políticos vinculados a UDN, orgânicos ao empresariado, em Blumenau, durante 18 anos (Frederico G. Busch J r.; Hercílio Deeke, duas vezes cada e Gerhard Neufert). É tranquilo afirmar que esses representantes significavam o repúdio às represálias à comunidade alemã da campanha de nacionalização desenvolvida por Vargas. Além disso, o PSD, apesar de popular, era conservador e só elegeu representação para o governo local quando este tinha como candidato um sujeito político orgânico ao empresariado (Curt Zadrozny) que enfrentou como candidato da UDN, um trabalhador e sindicalista pelego, Aldo Pereira de Andrade que, embora apoiado por Ingo Hering, não era considerado pela totalidade da elite econômica como competente para exercer o cargo (Simão, 2000).

Durante toda sua trajetória política, Aldo Pereira de Andrade não é eleito para o Executivo ou Legislativo local, demonstrando a influência do empresariado na decisão dos votos dos trabalhadores. Pois, sendo o mesmo apoiado pela Cia Hering, e esta empresa com filiais nas cidades vizinhas, os votos que o elegeram para a Assembléia Legislativa catarinense, foram, provavelmente, na sua maioria, da região e não da cidade de Blumenau, já que, em toda sua história política, como representante no governo local, não se elegeu, voltando a ser derrotado como candidato a prefeito, pela ARENA, em 1973.

Os empresários certamente o viam como alguém mais atrelado aos Hering, aos interesses dessa família, do que aos interesses da classe. Finalmente, os trabalhadores de Blumenau, já conhecedores da sua história, e conscientes “da sua desvinculação com sua classe de origem, não o teriam sufragado” (Simão, 1995, p. 111).

De acordo com Vidor (1995), se nos anos cinquenta, a indústria blumenauense conseguiu integrar-se ao mercado nacional, agora, nos anos sessenta, as crescentes exportações levaram a indústria regional a se integrar, gradativamente, ao sistema da divisão internacional do trabalho.

E apesar de Blumenau ter se tornado o maior pólo têxtil de Santa Catarina e um dos maiores do Brasil, o seu setor secundário, em virtude do processo de diversificação, podia ser caracterizado como poli-industrial (Theiss, 2000).

Na década de 60, mais especificamente em 1964, no final da administração do prefeito Hercílio Deeke, instituiu-se na Prefeitura Municipal, o Serviço Municipal de Saúde, com um único médico, para atender os funcionários públicos e suas famílias (Blumenau, 1994).

No período que antecede o bipartidarismo, a sociedade civil de Blumenau se constituía em sindicatos, que tinham suas diretorias cooptadas pelo empresariado, clubes sociais e culturais, associações profissionais e um movimento estudantil que não se destacava como movimento político que preocupasse a elite econômica. Não existiam movimentos específicos dos trabalhadores, nem movimentos populares, o movimento existente era pela implantação de uma universidade no município (Simão, 1995).

Em 1º de abril de 1964 é vitoriosa uma ação golpista que vinha sendo há muito orquestrada por organizações que trabalhavam numa política de desestabilização do governo constitucional de João Goulart, uma conspiração coordenada por corporações multinacionais, pelo capital brasileiro associado-dependente, pelo governo dos Estados Unidos da América e por militares brasileiros, na sua maioria ligados a Escola Superior de Guerra, grupos estes que utilizaram instituições civis de fachada como o Instituto Brasileiro de Ação Democrática (IBAD) e o Instituto de Pesquisas e Estudos Sociais (Dreifuss, 1981; Moreira Alves, 1985).

Demarcava-se institucionalmente, no Brasil, a fase do capitalismo monopolista, privilegiando-se os grupos dominantes vinculados ao grande capital e excluindo-se de forma radical os trabalhadores (Merhy, 1989; Paim, 1994).

Mais uma vez o novo não destruía o velho, mas a ele se associava numa relação de modernidade para a consolidação do processo de acumulação do capital e da dominação burguesa (Fernandes, 1975).

No governo Castelo Branco, é implantado o bi-partidarismo: ARENA, que apoiaria o governo central, e MDB, que abrigaria os opositores e esquerdas que permaneciam no país.

A burguesia local se reaglutina no partido situacionista, o prefeito eleito em 1965, pelo PSD, pertencente organicamente à classe dominante, passa a integrar a ARENA, mostrando claramente a posição do empresariado local. A mesma

atitude política será tomada pelos proprietários da Cia Hering, ligados a UDN: Ingo Hering, eleito para o legislativo local de 1951 a 1970, e Dieter Hering, também eleito para a Câmara municipal em 1970. Além deles, o representante na Assembléia Legislativa Estadual, Aldo Pereira de Andrade (na qual esteve por 28 anos), de origem operária, também passa a fazer parte do mesmo partido ao qual se haviam filiado os empresários.

Simão (2000, p. 55) sintetiza o sentimento político da cidade em relação ao regime autoritário burocrático:

Sem eleições diretas para presidente da República ou para governador de Estado e com o fim da liberdade de expressão, só restava uma forma viável, e dentro da ordem, de se manifestar contrário ao regime instalado: votar no partido que representava oposição ao governo central, dando continuidade ao que já se iniciara com a eleição de um representante vinculado ao PSD que, na época, também era considerado um partido de oposição ao regime militar. Estava presente entre os eleitores blumenauenses, a tendência de se posicionarem contra o regime ditatorial. Elegem representantes defensores da democracia, que estavam vinculados ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB). O MDB consegue eleger representantes políticos para o governo local durante 18 anos consecutivos, de 1970 a 1988. Os representantes deste período não são oriundos da classe empresarial.

Essa tendência antiditadura não significava que os interesses de classe estivessem polarizados, que de um lado estivessem os trabalhadores vinculados ao MDB, e de outro a elite econômica, vinculada à ARENA.

O desenvolvimento do Vale do Itajaí, após 1964, foi condicionado fortemente pela política econômica do regime militar. O processo de acumulação de capital acelera-se em decorrência do predomínio de um salário-mínimo miseravelmente baixo. Algumas empresas da região remuneravam mesmo abaixo do salário-mínimo. O rigoroso controle dos sindicatos facilitava a exploração da força de trabalho neste nível, tanto na região quanto, aliás, no Brasil, de maneira que o desenvolvimento do Vale do Itajaí mal se diferenciava do desenvolvimento do restante do país, já que a concentração de riquezas em âmbito regional se tornava praticamente idêntica àquela em âmbito nacional (Vidor, 1995).

Em 1967, no governo Curt Zadrozny é criada a Diretoria de Assistência Social e foram construídos os primeiros centros sociais em Blumenau, localizados no bairro Fortaleza e na rua Araranguá, em seguida foram criados na rua Pedro

Kraus, na Boa Vista e no Garcia. Estes centros sociais prestavam atendimento ambulatorial e recreação infantil para crianças de 5 a 6 anos (Simão,1995).

“... eram construções simples de madeira, inclusive todas construções novas, que eles fizeram, aonde havia um trabalho de promoção social e desenvolvimento social da comunidade. Ali eles faziam reuniões com mães, trabalhos educativos, promocionais, a mãe aprendia a fazer bordado, crochê, tricô, etc.” (Schaefer, entrevista em 23/11/01).

Também a partir deste ano a orientação política estatal enfatiza a assistência médica individualizada de natureza ambulatorial e hospitalar. Essas atividades que até então vinham sendo desenvolvidas pelos IAP's foram unificadas e centralizadas em uma autarquia, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que num primeiro instante não possuía serviço no município (Blumenau, 1994) e significou o momento de consolidação do modelo médico assistencial privatista, com a atenção em saúde centrada na construção de hospitais e centros de modelo baseados na especialização.

De acordo com Luz (1986) a política de saúde pós-64, caracterizou-se por uma síntese nova e perversa, pois reorganizou os traços institucionais do sanitarismo campanhista, da primeira República, e os do modelo curativista de atenção médica previdenciária do período populista, e assim a centralização e a concentração do poder institucional deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do Brasil.

Campos (1997, p. 90) nos diz que se ampliando as funções de assistência em saúde do Estado brasileiro, “ocorreu uma combinação dos dois estilos de administração sanitária existentes: o liberal e o da saúde pública”. O resultado foi uma síntese considerada como "o pior de cada um destes dois mundos".

Ao melhor definir estes dois mundos, Campos (1997, p.90) delimita que:

da tradição estatal conservou-se a estrutura rígida e centralizada, a gestão burocratizada e autoritária, mas permeável ao clientelismo e às várias formas de utilização privada da coisa pública. Da tradição liberal, conservou-se a autonomia relativa dos profissionais, especialmente dos médicos, o que, sem os estímulos pessoais do mercado, redundou em uma profunda alienação dos servidores de suas obrigações mais mezinhas.

De qualquer forma nos anos 60 e na década seguinte, as grandes empresas de Blumenau como Artex, Cremer, Hering, Teka, Albany, Souza Cruz e Sulfabril dentre outras, passaram a oferecer serviços próprios de saúde para seus empregados com características como cobertura total, com horários em todos os turnos, atenção a toda a família do trabalhador, além de serviços conveniados a preços subsidiados (Rodrigues, 2001).

Em 1968, O Hospital Santo Antônio e a Escola de Auxiliar de Enfermagem, foram incorporados a Fundação Universidade Regional de Blumenau, passando a fazer parte dos serviços e atividades do Centro Bio-Médico, visando a criação de um curso de medicina e nos dois anos seguintes seriam concluídas as obras do Hospital Infantil, localizado em frente, no outro lado da rua Itajaí.

A partir da eleição de 1969, o MDB elegeu, sucessivamente, quatro prefeitos não ligados à elite empresarial (Evilásio Vieira, Félix Theiss, Renato Vianna e Dalto dos Reis). Uma exceção a este padrão foi a eleição de Alfredo Iten - diretor da Cremer - como vice-prefeito de Félix Theiss (1973-77). E também na década de 70 que são eleitos os últimos grandes empresários ao legislativo municipal (Dieter Hering e Wolfgang Jensen) (Tomio, 2000).

Nesse momento histórico, ocorre um afastamento do empresariado dos cargos eletivos municipais, provavelmente devido ao esvaziamento político desta instância de poder e ao direcionamento do interesse da elite empresarial local - principalmente a industrial têxtil, em virtude de seu crescimento econômico - para esferas superiores de decisão política. Isto pode ser notado pela intensa ocupação de cargos no governo estadual nesse período (Tomio, 2000).

Tomio (2000, p. 87) tenta explicar porque que nesse momento histórico, ocorre um afastamento da burguesia, dos cargos eletivos municipais em Blumenau:

(...) provavelmente devido ao esvaziamento político desta instância de poder e ao direcionamento do interesse da elite empresarial local - principalmente a industrial têxtil, em virtude de seu crescimento econômico - para esferas superiores de decisão política. Isto pode ser notado pela intensa ocupação de cargos no governo estadual nesse período.

Até porque, não importa a “diminuição” da representação política, como nos diz Sader (1993, p.78): “o móvel fundamental da burguesia revela-se ser sua manutenção como classe, e esta se sustenta no seu poder social, no seu lugar hegemônico, nas relações de produção e na sociedade como um todo”.

Somente a partir da metade da década de 80, com o processo de democratização, a elite empresarial blumenauense volta a empenhar-se decisivamente pela conquista do poder municipal.

Na realidade no período do bipartidarismo, os governantes locais atuaram como mediadores entre a superestrutura e a estrutura e apesar de pertencerem ao partido que fazia oposição ao regime militar, os prefeitos eleitos pelo MDB não eram ligados a grupos radicais democráticos ou da esquerda do partido. Evilásio Vieira, primeiro prefeito eleito pelo MDB, era filiado ao PSD e vinculado à família Ramos. Sua vitória pode ter sido o resultado do fracionamento anterior da burguesia local e da ausência de concorrência com um empresário tradicional que pudesse unificá-la (Tomio, 2000).

As gestões seguintes, pautando-se mais por políticas populistas e pela criação de estruturas clientelísticas junto às regiões mais pobres de Blumenau, não colocaram em risco a estrutura econômica do Município. Durante os governos municipais do (P)MDB (1970-88), os incentivos econômicos e estímulos fiscais (isenção de impostos municipais pelo prazo de cinco anos, serviços de infraestrutura, doação de terrenos, isenção de taxas, etc.), dados pela prefeitura a novos empreendimentos industriais, ou a expansão dos já existentes favoreceram a diversificação industrial sem afetar os interesses da burguesia tradicional blumenauense (Tomio, 2000).

De acordo com Simão (2000, p. 56) “...a organização do partido do MDB, que se iniciou com a filiação de trabalhadores, significava tão somente o descontentamento com o regime repressivo e não que esse viesse a aglomerar concepções ideológicas, em nível local, contrárias ao capitalismo”.

O Movimento Democrático Brasileiro, partido a que se vinculavam os prefeitos do período de 1970 a 1988, não foi organizado e identificado, inicialmente, como um partido da classe socialmente hegemônica e tampouco pode ser identificado como um partido que aglomerava intelectuais orgânicos à

classe socialmente dominada. Apesar de organizado por trabalhadores, não existia um projeto de construção de uma vontade política coletiva, nem uma individualização da classe, independência em relação às outras classes, consciência dos interesses históricos (Simão, 2000).

Os novos sujeitos políticos no governo local não se vinculavam diretamente ao processo produtivo e uma vez no governo tentaram se colocar como mediadores de interesses de classe. Na década de 80, na medida que trabalhadores e populares, vão construindo sua identidade, este processo de mediação vai se distanciando dos mesmos e os governantes se vinculam mais aos interesses das elites, do empresariado (Simão, 1995).

De acordo com Hillesheim (2000), os governos do (P)MDB, utilizaram-se de algumas estratégias que envolviam, de certa forma, as comunidades nas discussões sobre a cidade. Os sub-diretórios do partido, criados em alguns bairros, serviam como aglutinadores das demandas das comunidades. Além disso, foram criadas algumas comissões municipais como da saúde, de ajardinamento e inclusive alguns conselhos municipais, como o do desenvolvimento econômico e o da cultura. Foram construídos diversos centros sociais, cuja direção era passada a pessoas com vínculos com a administração municipal.

Em 1970 no governo de Evilásio Vieira, o primeiro eleito pelo MDB, é convidado a assumir a Diretoria de Assistência Social, o médico sanitarista⁶ Sérgio Vicente Schaefer, que encontrava-se trabalhando na Secretaria de Saúde do Distrito Federal e será a maior autoridade municipal da área da saúde por 14 anos consecutivos.

Neste período de 1970 a 1972 foram instalados mais de 20 centros sociais, que passaram a oferecer assistência às famílias carentes, organizaram clubes de mães e a Diretoria de Assistência Social desenvolveu políticas no sentido de preparar mão de obra para o mercado de trabalho, promovendo cursos de formação profissionalizante, mantendo, ainda, o atendimento ambulatorial e recreação infantil para crianças em idade pré-escolar (Simão, 1995).

⁶ Sérgio Schaefer é natural de Brusque, se formou em medicina na faculdade de Ciências Médicas do Paraná, em Curitiba, em 1963. Se especializou em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, em 1966. Atualmente é professor da área de saúde coletiva, do curso de medicina da FURB (Universidade Regional de Blumenau).

A estrutura da Diretoria de Assistência Social, nas palavras de Schaefer, se resumia no seguinte:

“era um posto de atendimento médico que havia na prefeitura, com uma enfermeira, a dona Miranda, um médico, o Dr. Adolfo de Andrade e mais um médico, que já faleceu e não me lembro o seu nome, acho que era Dr. Ari. Eles trabalhavam como médicos ali e atendiam aos funcionários da prefeitura e ao mesmo tempo alguma parcela da população.” (Schaefer, entrevista em 23/11/01)

Na mesma época é abandonada a idéia da criação de um curso de medicina na cidade e conseqüentemente, a de transformar o Hospital Santo Antônio em hospital universitário, e ele, juntamente com o Hospital Infantil e a Escola de Auxiliar de Enfermagem são transformados na Fundação Hospitalar de Blumenau, primeiramente de direito público e mais tarde de direito privado e iniciaria um longo debate na cidade, que se estenderia ao final do século, sobre ser a mesma pública ou não.

Neste período não existindo ainda um serviço municipal de porte a população não previdenciária era atendida em dois locais:

“No Centro de Saúde do estado, que fazia o trabalho eminentemente preventivo, mas também realizava o assistencial, porque eles tinham consultórios médicos, de pediatra e de clínico e de dentista. Então, alguma parcela pobre da população, vamos dizer, aquela que não tinha acesso a previdência e naquele tempo ainda era o INAMPS e havia restrição aquela parte da população que não tinha a tal da carteirinha do INAMPS. Portanto esse pessoal era atendido exatamente nesse dois locais, no Centro de Saúde do estado ou no nosso posto da prefeitura” (Schaefer, entrevista em 23/11/01).

O próximo passo dado, foi à ampliação da estrutura de atendimento:

“...como naquela época já havia alguns pedidos da comunidade, de mães que trabalhavam fora, a gente pensou assim, porque que não colocar dentro da estrutura da assistência social uma creche. E aí começamos a criar dentro da estrutura do centro social uma creche, isso obviamente implicou na presença de um médico, foi contratado daí um pediatra para cada centro social onde havia uma creche. Um outro serviço implantado foi o de odontologia e imaginamos um trabalho de odontologia móvel para atender a população carente. Compramos uma kombi odontológica, uma ou duas e começamos a atender as comunidades, um mês no Garcia, outro mês na Fortaleza e assim a kombi ia. Contratamos um dentista, e o dentista estava dando essa assistência na área odontológica” (Schaefer, entrevista em 23/11/01).

É interessante registrar que por um curto período, de um ano, em 1972, no governo estadual “tecno-burocrático” de Colombo Salles, ligado a ARENA, Sérgio Schaefer, acumulou, em nome de uma supremacia da técnica sobre a política e de uma possível separação de ambas, a direção do então, Distrito Sanitário de Blumenau, acumulando o comando do Centro de Saúde com a Diretoria de Saúde municipal, trabalhando meio período em cada local. Houve nesse curto interregno de tempo a tentativa de integrar às ações de saúde de duas esferas de governo, na cidade de Blumenau.

Durante todo o período do bipartidarismo, os representantes governamentais locais, ligados ao MDB, portanto de oposição ao governo estadual e ao governo federal, atuaram como mediadores entre a superestrutura e a estrutura. Como coloca Simão (2000, p.58): “De uma representação que surge a partir de um sujeito coletivo organizado pela base e que poderia atender aos interesses populares para representações que se vinculavam organicamente a interesses hegemônicos”.

Mas mesmo assim, é claro que os conflitos políticos existiram, tanto a nível local, como a nível estadual ou federal. Com isso, Shaefer foi exonerado das funções no Distrito de Saúde estadual e é nomeado para o seu lugar Nilton Nasser, médico dermatologista, sanitarista que inicia uma nova fase de competição entre as duas esferas de poder.

“... a nomeação veio direta da Secretaria colocando o Nasser que estava recém chegando na cidade estreitamente ligado ao partido oposto, a ARENA. Aí começou a haver um boicote novamente. Tudo aquilo que eu tentei integrar se desintegrou novamente. O Nasser era meu inimigo, mas era meu inimigo mesmo. Tudo que ele podia, me boicotava mesmo, hoje nós somos amigos. E nós começamos, isso foi até um motivo a mais para secretaria da prefeitura se hipertrofiar, porque aí havia uma competição política para demonstrar quem era melhor no município na área de saúde. E o Félix já entrou me dando apoio total e nós começamos a ampliar...” (Schaefer, entrevista em 23/11/01).

Em virtude dessa não consonância de partidos políticos no poder no Município e no Estado, desenvolveu-se, em nível local, uma certa autonomia das políticas de saúde, destacando-se somente a epidemia de meningite no início dos anos 70, quando Estado e Município intervieram em conjunto, devido à gravidade da doença. Porém nas demais campanhas de vacinação e mesmo nas

imunizações de rotina, o Estado nunca permitiu que o Município tivesse algum tipo de participação.

“Aí havia um boicote, essa era a maior luta que eu tinha. O Nasser é que utilizava as vacinas para fazer média para o Centro de Saúde, mas ele não utilizava a minha equipe e dizer que nós tínhamos toda essa estrutura e ele não utilizava por pirraça. Eles achavam que nós íamos utilizar a campanha de vacina como trampolim político, alguma coisa assim.” (Schaefer, entrevista em 23/11/01)

Em geral, as unidades de saúde eram reconhecidas como captadoras de dividendos políticos, o Centro de Saúde para o estado e os Centros Sociais para o município, começou a surgir uma competição política na área da saúde.

“...uma competição até digo benéfica o Governo do Estado começou a colocar também médicos da Secretaria Estadual, do centro de saúde na época, também nas periferias e colocavam justamente nos bairros mais pobres. Me lembro da competição, especialmente, da rua Pedro Kraus, eles colocavam médicos do estado e nós médicos da prefeitura, para disputar o mercado de trabalho [sic]. Politicamente éramos contrários, então havia interesse em bancar esse que era então tido como um bom atendimento da comunidade de Blumenau pela prefeitura, e o governo estadual tentou de uma forma sutil, de também participar disso e criou na verdade uma competição que só trouxe benefícios para a comunidade. Então ao invés de colocarmos médicos em pontos estratégicos e chegarmos a um consenso, de colocarmos em locais onde não havia outros médicos, nós competíamos na mesma área, e aí todos disputavam no mercado de consumo [sic]. Onde não existia, ninguém ganhava nada” (Entrevista com Fernando Vianna em 07/12/2002).

A política central dos governantes de Blumenau, neste período ditatorial brasileiro, foi o desenvolvimento econômico através de incentivos fiscais às indústrias que viessem a se instalar no município ou a ampliação da empresa que gerasse maior absorção de mão-de-obra (Simão, 1995).

O segundo prefeito deste período, Félix Theiss, administrador de empresas e assessor jurídico no governo Evilásio Vieira, estimulou a instalação de empresas no município, inclusive internacionais, que pagavam salários um pouco mais altos que as nacionais, contrariando os interesses do empresariado mais conservador da cidade. Mas toda a política de desenvolvimento econômico do governo em nível local e também do governo central, autoritário burocrático, vai atender aos interesses da classe dominante. Assim, as duas esferas se

complementam. Na local, o empresariado contava com uma infra-estrutura mínima - terreno, terraplanagem, isenção de impostos urbanos, e qualificação de mão-de-obra e, na central, entre outros, a definição de uma política salarial que possibilitava maior extração de mais-valia com o arrocho salarial (Simão, 1995).

De acordo com Simão (1995, p. 143 :

O Governo local, em última instância, favorecia, mais uma vez, o acúmulo de capital. Poderia ter (...) incentivado a estruturação de micro e pequenas empresas onde o trabalhador tivesse a possibilidade de tornar-se autônomo e a consolidação de organizações de classe com a finalidade de ser construída uma vontade política coletiva. Quando o governo incentiva a instalação de indústrias estrangeiras e a diversificação do mercado local, está, concretamente, contribuindo para a concentração de capital, pois, não entra em choque com a elite econômica local e, ao mesmo tempo, dificultando o aparecimento de pequenas indústrias têxteis, tendência cultural da cidade. O trabalhador de fábrica, de Blumenau, estaria com experiência acumulada e conhecimento para iniciar atividades neste ramo.

Em 1973, já no governo de Félix Theiss, com a nova estrutura administrativa da Prefeitura, é criada a Secretaria Municipal de Saúde e do Bem Estar Social.

“E com a mudança da estrutura e a criação da Secretaria, nós aumentamos o nosso espaço físico porque aí, nós tínhamos uma estrutura administrativa na Secretaria, tínhamos cargos. Secretário, Diretor de Assistência Social e Diretor de Saúde. E depois abaixo deles havia uma hierarquia, chefe disso, chefe daquilo, havia então todo um organograma estruturado. Então pegamos o espaço físico que era a garagem da prefeitura e ela foi toda dividida, foi feita nova, colocamos piso de madeira, e começamos a dividir o espaço, e lá dentro funcionava minha sala, sala do diretor, do chefe, e o ambulatório que estava debaixo da escada onde era a antiga biblioteca.” (Schaefer, entrevista em 23/11/01)

O próximo prefeito, o terceiro do MDB, Renato de Mello Vianna, mantém o secretário Schaefer e amplia o número de Centros Sociais para vinte e cinco e o número de creches para catorze, onde as crianças recebem assistência médica, através de médicos pediatras da Secretaria de Saúde e Bem Estar Social, cuidados de enfermagem, alimentação apropriada para a faixa etária, além de tarefas educativas e recreativas (Simão, 1995).

Na administração de Renato Vianna (1977-1982), advogado, assessor jurídico do governo Félix Theiss, há a continuidade das políticas dos antecessores, como por exemplo, o programa "Prefeito nos bairros", que definiam como administração descentralizada mas que na opinião de Simão (1995, p.134) está "mais próximo do 'clientelismo de quadros', onde lideranças de destaque da comunidade são consultadas, sem poder de decisão". É importante frisar que foi neste governo em que, pela primeira vez, em Santa Catarina, preocupado com a preservação do meio ambiente, se criou um departamento de Assessoria ao Meio Ambiente.

Em seguida, foram incluídos médicos clínicos gerais nos Centros Sociais, para atendimento da população, pelo menos dois dias por semana, bem como farmácia e auxiliares de enfermagem. Também se ampliou o serviço odontológico colocando-se dentistas nas escolas municipais e em algumas creches, sendo desativada a "odontokombi".

"Ai nós eliminamos a tal da kombi odontologica, nós só tínhamos um gabinete ainda na prefeitura para atender os funcionários e o resto era tudo em centros sociais ou em escolas. Todas as unidades odontológicas foram as escolas ou as comunidades que compraram, que adquiriram, inclusive nós compramos consultórios usados de dentistas que quiseram se desfazer, então era incrível, as comunidades eram cheias de consultórios antigos e tal, porque ou era doação ou, comprava a preço de banana e a gente motivava, olha tem um dentista que quer vender. Comprem, aí quando montarem o gabinete nós vamos dar o dentista. E assim a gente foi começando" (Schaefer, entrevista em 23/11/01).

De qualquer forma, a Secretaria procurava priorizar de forma focalizada a população carente, não previdenciária e garantir para a mesma a atenção primária. O modelo hegemônico de saúde na cidade continuava a ser o médico liberal privatista e o aumento da estrutura da Secretaria de Saúde não incomodava, em nada, a corporação médica, alguns trabalhavam, no máximo duas horas, nas creches e nos Centros Sociais e inclusive drenavam alguns pacientes, dessas áreas, para seus consultórios particulares.

A população não previdenciária quando necessitava de internação hospitalar era encaminhada ao Hospital Santo Antônio e a Prefeitura pagava as despesas.

Com o processo de abertura política, outros partidos são organizados e, ao mesmo tempo, os diferentes segmentos da sociedade civil vão se fazer presentes na disputa pelo governo local. Os partidos organizados em Blumenau foram: o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), o Partido Democrático Trabalhista (PDT), o Partido Trabalhista Brasileiro, o Partido dos Trabalhadores (PT), o Partido Social Democrático (PDS) todos em 1981 e mais tarde o Partido da Frente Liberal (PFL) e o Partido Comunista Brasileiro (PCB), em 1986; o Partido Liberal (PL), em 1987 e o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), em 1988.

Em 1982, mais uma vez, foi eleito representante ao Executivo local o candidato vinculado ao partido do (P)MDB, Dalto dos Reis, advogado, secretário de finanças do governo Renato Vianna, com uma diferença de quase 15% para os candidatos do PDS (Simão, 1995).

A administração de Dalto enfrentou no primeiro e no segundo ano de seu mandato, enchentes que provocaram inúmeros prejuízos à cidade. Muitas obras públicas tiveram que ser reconstruídas e para o enfrentamento dos problemas, em 1983, foi organizado o Projeto Nova Blumenau que, objetivava, entre outros, o envolvimento da sociedade civil na recuperação de obras públicas, bem como reconstruir casas e organizar a população para defender-se das enchentes (Simão, 1995).

Na enchente de 1984, não foi reativado o Projeto Nova Blumenau, é sim organizada a "*oktoberfest*" para que a população esquecesse o drama das cheias e para que os sujeitos políticos que começavam a se destacar pela sua atuação no Projeto Nova Blumenau não se sobressaíssem ao representante do Executivo local. Todos os problemas passaram a ser resolvidos de forma individualizada. Com a "*oktoberfest*" estava o governo local abandonando a política de administrar com a participação da sociedade civil (Simão, 1995).

Tanto a prática de administrar com a participação dos subdiretórios, quanto o programa "Prefeito nos bairros", se enfraquece no início dos anos 80 e são interrompidos na gestão de Dalto dos Reis. Evidente que com a abertura e redemocratização do Estado brasileiro, não seria possível continuar com esta

prática de aparelhamento dos organismos públicos a um único sujeito político coletivo (Simão, 1995).

De acordo com Simão (1995, p. 147) de forma contraditória, esta “administração ocorre no período da abertura democrática brasileira e é a mais centralizadora de todas as administrações do MDB que ocorreram no período ditatorial”.

Neste período de 18 anos de governos do (P)MDB, apesar da maioria dos eleitores votar contra o partido que defendia as políticas do regime militar, não aconteceram manifestações, movimentos populares em luta pela reconquista da democracia e com ela liberdades políticas, anistia para os políticos presos ou exilados. Blumenau nada registra, como movimento popular, na luta pela redemocratização do país, além de sua manifestação na política formalizada pelo pleito eleitoral. Os sujeitos políticos da cidade não conseguem adesão da grande massa no movimento pelas Diretas Já! Demonstrando que os grandes movimentos, até então, se deram pela defesa de concepções políticas que tinham como determinação à etnia (Simão, 1995).

Quando Dalto dos Reis, o quarto prefeito do MDB, assume em 1983, o médico Fernando de Mello Vianna⁷, já é o Diretor de Saúde da Secretaria de Saúde e Bem Estar Social, praticamente um adjunto de Schaefer e no final deste ano, após a grande enchente de 83, assumirá o cargo de Secretário.

Neste momento, pelo Brasil afora, inspirados na voz abafada das classes populares, já ecoavam os gritos do Movimento de Reforma Sanitária e um detalhe muito importante, que precisa ser registrado e quem sabe no futuro estudado com maior profundidade é que, nem Sérgio Schaefer, que estudou na E.N.S.P., nem Fernando Vianna, que viria a ser delegada à VIII Conferência Nacional de Saúde, tiveram qualquer contato com o CEBES, com o movimento popular em saúde ou mesmo com qualquer outro segmento do movimento de Reforma Sanitária, aliás, nem eles, nem qualquer outro trabalhador de saúde da cidade. O CEBES, o

⁷ Fernando Vianna é natural de Blumenau, se formou em medicina na Universidade Católica de Pelotas em 1979 e fez residência médica no Hospital dos Servidores Públicos de São Paulo, em clínica médica e em reumatologia. Se especializou em saúde pública pela UNAERP e em administração hospitalar e saúde ocupacional pela São Camilo. Após deixar a Secretaria se elegeu Vereador pelo PMDB em 1992, e mais tarde seria Coordenador Regional de Saúde e por um curto período Secretário Adjunto de Saúde do

movimento popular em saúde, enfim o movimento de Reforma Sanitária, diferente do que ocorreu nas outras cidades do mesmo porte ou até menores de Santa Catarina, como Florianópolis, Joinville, Criciúma, Lages, Itajaí ou Chapecó, não existiram em Blumenau. Como já colocado anteriormente, também não aconteceram manifestações populares pela reconquista da democracia, pelas liberdades políticas, pela anistia ou mesmo pelas Diretas Já!

Nos últimos anos de Sérgio Schaefer como secretário municipal de saúde e do bem estar social de Blumenau, a nível nacional vive-se o aprofundamento da “Crise da Previdência Social”, onde se acentuam as contradições internas relacionadas a uma crise estrutural pelo padrão de constituição da relação Estado/políticas sociais/classes.

Segundo Assis (1998) três movimentos identificariam as principais características desta crise ou destas crises:

- a crise ideológica do PREV-SAÚDE;
- a crise financeira da Previdência Social;
- a crise político-institucional com o CONASP.

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), como já visto anteriormente, não chegou a ser efetivado, por boicote das entidades representativas do setor médico empresarial de trabalhadores de saúde defensores da prática liberal.

A crise financeira da Previdência foi, nas palavras de Assis (1998) decorrente de pelo menos três fatores:

- o aprofundamento da política econômica recessiva que leva a diminuição da oferta de empregos e conseqüentemente a redução da receita;
- a contradição estrutural de um sistema que incorpora novos segmentos sociais sem alterar o financiamento do próprio sistema, não permitindo que essas incorporações se viabilizassem com o real acesso, dos recém incluídos, aos benefícios sociais;

- modelo assistencial médico, dominado pelo complexo médico industrial e voltado para o lucro, em detrimento da ética e das reais necessidades da população.

Já a crise político institucional surge com o CONASP em 1982, que procurava compartilhar a crise através de convênios trilaterais e que na prática, como também já visto, resultou somente no fim do pagamento por unidades de serviços do INAMPS, com a sua substituição pelo pagamento por AIH (Autorização de Internação Hospitalar), teoricamente disciplinando os gastos e reduzindo as internações hospitalares. Não conseguiu gerar uma rede ambulatorial hierarquizada, limitou-se a um programa de atenção médica de baixo custo (Mendes, 1995¹).

Apesar de toda as dificuldades e pressões geradas pelos setores empresariais hegemônicos e de grande parte dos profissionais médicos surgiu o Programa das Ações Integradas de Saúde que foi implantado, pela primeira vez no Brasil, na região de Lages, em nosso estado, em 1982, de acordo com Ortiga (1999, p. 4) “se constituindo no primeiro projeto para viabilizar o processo de municipalização”. Logo em seguida, se estenderia para todo o Brasil, mas a sua implantação se daria de maneira bastante diversificada em todo o país (Assis, 1998).

E nesta época era superintendente ou diretor do INAMPS, um que era oncologista, o Luís Alberto da Silveira. E o Luís Alberto da Silveira vinha e se reunia com os secretários e dizia que iria repassar os serviços do INAMPS aos municípios e não saía da conversa. Em determinados momentos, mesmo sabendo que Blumenau e Joinville tinham os melhores serviços estruturados da área de saúde, para a surpresa de todos foi instalado em Lages, o primeiro Programa das Ações Integradas de Saúde, em 82 ou 83, por aí, isto em função de que o governo do estado era o mesmo governo da cidade de Lages, que era então o prefeito Dr. Paulo que era médico também, Paulo Duarte da Costa e sendo seu secretário o Décio⁸ (Entrevista com Fernando Vianna em 07/12/2002).

O PAIS, foi implantado estrategicamente em Lages, no final de 82, por motivação política. O PDS elege o prefeito daquela cidade e era preciso diminuir o que ainda existia da força do “governo do povo” da gestão anterior do prefeito Dirceu Carneiro, mas não chegou a avançar em outras cidades do estado. Da

Blumenau do PMDB passaria distante, como podemos observar na fala de Vianna: “O Programa das AIS, nem chegou a ser implantada em Blumenau, só em Lages e ali ela morreu” (Entrevista com Fernando Vianna em 07/12/2002).

Em nosso estado o maior incentivador da estratégia AIS, bem como defensor da fusão dos trabalhos de saúde das diversas esferas era o MPAS. A Secretaria Estadual de Saúde não queria perder o seu poder e retardou ao máximo a implementação das AIS em Santa Catarina (Da Ros, 1991).

De acordo com Da Ros (1991, p.190) “em Santa Catarina, é somente no governo Sarney que as AIS transcendem sua localização única em Lages”.

Nesse momento os municípios catarinenses, pelo menos os grandes começam a se reunir e a se organizar. Blumenau, Lages, Criciúma, Itajaí e Joinville, que foram os primeiros a possuir rede própria, sediaram encontros para discutir o processo de municipalização (Ortiga, 1999). Em 1986 nasce a Associação dos Serviços Municipais de Saúde⁹ do Estado de Santa Catarina (ASSESC) (Santa Catarina, 1986) e que a partir de setembro, daquele ano, passaria a ter assento na Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) estadual (Da Ros, 1991) e terá em Fernando Vianna um de seus fundadores.

“Nós criamos a Associação dos Serviços Municipais de Saúde de Santa Catarina. Isso após uma reunião em que nós fomos a Montes Claros em Minas Gerais, lá nós, os secretários das seis grandes cidades de Santa Catarina, que era o Orasil de Criciúma, o Secretário de Joinville, o Dario, o Secretário de Itajaí, eu acho que era o Amauri, o Secretário de Florianópolis que era um bioquímico, o Sérgio Vieira. Então nós nos reunimos e tentamos fazer, eu não lembro se Lages estava junto na época, mas como ele também era do partido do governo, nós tínhamos a preocupação de não discriminá-lo e criamos a primeira diretoria em que o Orasil foi eleito o primeiro presidente, mas não chegou a assumir porque ele logo foi para o Governo Estadual, empossado como Secretário Adjunto do Estado e eu era o vice-presidente e assumi a presidência, tendo como vice aquela menina que era de Criciúma e hoje está em Itajaí, Rosali e como secretário era o Décio, secretário de saúde de Lages. Nós tínhamos a intenção de trazer a presidência dessa Associação de Serviços Municipais de Saúde, que era este o nome que tinha na época, para o interior do Estado e não para Florianópolis. Porque se não privilegiaria sempre a capital com presidente e o presidente desta associação teria assento nas decisões de todas as ações de Governo do Estado junto ao Secretário de Saúde que, na época, era o Dr. Martinho Herculano Ghizzo. E

⁸ O médico Décio Ribeiro acabaria sendo eleito prefeito de Lages para o mandato de 1997-2000.

⁹ A partir de 1994 a ASSESC passa a se denominar Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS (Santa Catarina, 1994).

neste momento, já como superintendente do INAMPS, o Dr. Ricardo Baratieri” (Entrevista com Fernando Vianna em 07/12/2002).

Este é um dos raros momentos da história recente de Blumenau (1986 a 1988) em que o partido político que comandava a cidade era também situação a nível estadual e a nível federal e isto permitiria a unificação dos comandos de saúde pública na cidade.

Este processo tem início com indicação, já no início da Nova República, em 1985, do médico Ricardo Baratieri, em Florianópolis, para ser o Superintendente do INAMPS em nosso estado e o PMDB de Blumenau indica o médico Aldo Luchesi para dirigir o posto de atendimento médico do INAMPS na cidade, o PAM da rua Sete de Setembro, sem no entanto municipalizar de fato a estrutura.

Inicialmente nós tínhamos um acesso muito maior ao INPS, ao INAMPS na época com o Dr. Ricardo Barbieri, do que ao estado, que ficava fechado com o secretário na época que era aquele radiologista, Vanildo Ozelami, que tinha dificuldade de falar com os secretários de saúde. Na verdade, era maior a abertura com o Dr. Ricardo Barbieri que abraçava as ações integradas de saúde, do SUDS e depois em 89 é do SUS [SIC]. Então Dr. Ricardo Barbieri era a pessoa que se contava como coordenador geral e todos se reportavam a ele, além de tudo era a fonte pagadora direta, ele repassava tanto os recursos federais ou o que vinham, na verdade os recursos federais que vinham diretamente aos municípios sem repassar através do estado. Então facilitou, sem dúvida nenhuma, no momento em que entrou o Dr. Martinho Ghizzo e que o Orasil foi o nosso secretário adjunto, a conversação sobre as ações e a integração da saúde e aí começou realmente a ser fazer a integração da saúde nesse período de governo (Entrevista com Fernando Vianna em 07/12/2002).

Em março de 1987, com posse de Pedro Ivo Campos no governo estadual, o PMDB de Blumenau indica o cirurgião dentista Márcio Albani para assumir a coordenação, do então, 7º Centro Regional Administrativo de Saúde (CARS), do Departamento Autônomo de Saúde Pública de Santa Catarina, ao qual se subordinava o Centro de Saúde da rua Itajaí, palco de tantos conflitos nos anos anteriores.

“Criaram a 7ª Regional e o Marcio Albani assumiu e assumiu todo o Centro de Saúde e foi entregando para a prefeitura” (Entrevista com Fernando Vianna em 07/12/2002).

Apesar das tentativas de reforçar o atendimento “ambulatorial” nos centros sociais, o sistema de saúde da cidade era hospitalocêntrico e totalmente centrado na figura do médico, começando a existir uma tímida tentativa de se fazer algo diferente, próximo ao agente comunitário de saúde de hoje.

“Na época o sistema de saúde era centrado só na figura do médico. Daí começamos a ter um esboço de agente de saúde, especialmente da região da rua Pedro Kraus,, que era conhecida como a rua das Cabras, (...), mas posso dizer que isso aí, era uma ação que nós fazíamos com poucas pessoas de dentro da Secretaria, porque nós não tínhamos disponíveis pessoas habilitadas e que tinham até, digamos assim, o tato de ter a conversa com a comunidade, porque nós tínhamos dificuldades em ter pessoas formadas nessa ação, a nossa escola de enfermagem, ela fazia só pessoal para o Hospital Santo Antônio e não se envolvia, apesar de ter uma escola tão ligada na época na educação e não na saúde . Começamos com Oronildo, se eu não me engano, que era atendente de enfermagem da Secretaria de saúde, a subir o morro e visitar as casas. Ele subia o morro para fazer o atendimento das pessoas que estavam nas casas doentes e trazia as informações para a Secretaria de saúde e nós dávamos uma cobertura de saúde, para essas pessoas. Começamos exatamente ali e na rua Araranguá. Eram as duas ruas em que começamos o primeiro trabalho digamos assim “agente de saúde”, era um esboço de atendimento, sem muito, tínhamos um cadastro só das pessoas, que era um livro grosso onde a gente escrevia lá os nomes das pessoas, com endereços, mas sem grandes compromissos, que na verdade nós nem conhecíamos a história de agente de saúde” (Entrevista com Fernando Vianna em 07/12/2002).

Essas experiências de “agente de saúde”, que poderiam ter evoluído para um modelo semelhante ao da medicina comunitária, aplicada em muitos municípios brasileiros, a partir de meados da década de 70, pareceram ter na cidade outros objetivos e logo foram abandonados. Aqui em Blumenau, diferente do que preconizava o modelo, a preocupação era com um atendimento individualizado, sem uma preocupação maior com o cuidado de grupos sociais, longe da definição oferecida por Donnangelo (1976, p.86):

A medicina comunitária é uma resposta à inadequação da prática médica para atender as necessidades de saúde das populações que devem ser solucionadas tanto como resposta ao princípio do direito à saúde como por sua significação para o processo de desenvolvimento social. Mas localiza os elementos responsáveis pela inadequação não apenas nos aspectos internos do ato médico individual, mas, sobretudo em aspectos organizacionais da estrutura da atenção que tomem por base o cuidado dos grupos sociais, antes que dos indivíduos.

Os conflitos políticos com a formação de um “comando único”, nas mãos do PMDB, praticamente desapareceram. Obviamente a medicina liberal da cidade continuava hegemônica e coexistindo pacificamente com os serviços públicos que não ameaçavam a sua clientela e os seus lucros. “A medicina liberal sempre foi forte, muito forte, na cidade. O preço da consulta médica que sempre foi em torno de 40 dólares, 50 dólares, sempre. E ela tinha uma referência que era sempre para Curitiba, nunca para Florianópolis” (Entrevista com Fernando Vianna em 07/12/2002).

Nos anos em que Vianna esteve à frente da Secretaria, as relações com os hospitais da cidade parecem não terem sido difíceis, inclusive Vianna levou a estrutura da Secretaria para o interior do Hospital Santo Antonio.

“O Santo Antônio como sempre era dependente, já recebia dinheiro do município. As ações que nós podíamos privilegiar para o Santo Antônio, a gente privilegiava. Mas sabíamos das limitações. E como nós tínhamos, dentro da Secretaria Municipal de Saúde, médicos de todos os hospitais, não havia problemas, porque nós tínhamos o embaixador da Secretaria em cada médico de cada hospital, então ficava fácil falar com o Santa Isabel quando o Ricardo Schwanke era o diretor de saúde. E no Santa Catarina, que sempre foi um hospital mais elitista, nós tínhamos um relacionamento bom, porque eu era médico do corpo clínico do Santa Catarina e sou até hoje. Então não havia problemas” (Entrevista com Fernando Vianna em 07/12/2002).

No período de 17 a 21 de março de 1986 ocorre, em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada por diversos autores como um marco histórico “para a construção do novo em saúde” (Da Ros, 1991, p.211) e Fernando Vianna foi um dos pouco mais de sessenta delegados de Santa Catarina e acha que apesar de não ter existido o Movimento Sanitário, na cidade, Blumenau estava, na sua opinião, na frente do processo de municipalização:

“... a gente sentia que essas mudanças (...)tínhamos mais facilidade de fazer do que outros municípios, do que outros municípios do país inteiro porque tínhamos uma estrutura básica já funcionando, tínhamos uma estrutura de centros sociais, nós tínhamos a saúde escolar (...), nós tínhamos a odontologia, então nós sentíamos que estávamos na frente de todo o processo que estava sendo implantando. O Ricardo Schwanke e o Sérgio Shaefer já tinham iniciando até o processo de uma municipalização da saúde” (Entrevista com Fernando Vianna em 07/12/2002).

Na realidade Blumenau possuía serviços municipais de saúde, o que é diferente de já ter garantido na cidade o processo de municipalização com a integração dos diversos serviços existentes.

Em 1987 surge o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que vinha sendo implantado desde maio a partir de acordos do MPAS com os governos estaduais. Em junho de 1987, o Decreto Presidencial nº 94.657/87 legaliza o processo e incorpora ao mesmo os Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura (Mendes, 1995¹).

Santa Catarina é um dos últimos estados do Brasil a implantar o SUDS, o que somente ocorrerá no ano de 1988 e em Blumenau o SUDS, a partir de 25 de maio, legalizará o “comando único” informal, já existente, num processo que segundo Ortiga (1999, p. 18) “convencionou-se chamar (...) de primeira etapa da municipalização”. Mas já eram evidentes problemas que se tornariam mais complexos com o SUS, como, por exemplo, as diferenças salariais existentes nos três níveis de governo:

“Quem pagava melhor, na época, era o INAMPS. E nós conseguimos na implantação do SUDS, equiparar o salário do município ao INAMPS, que foi assim a maior vitória para implantar esses serviços, SUDS, e aí sim criou uma expectativa de que realmente a saúde iria mudar. O estado continuava com os valores defasados em relação (...) ao governo federal e ao governo municipal. Chegou até um certo ponto em que, o governo municipal, em virtude de seus salários serem atualizados, chegar a ter um salário maior que o próprio INAMPS” (Entrevista com Fernando Vianna em 07/12/2002).

Em seguida, foi criada em Blumenau a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), com representantes do INAMPS, da secretaria estadual de saúde, da secretaria municipal e algumas lideranças comunitárias, que começaram a se reunir periodicamente para discutirem os problemas de saúde do município.

Quando é promulgada a Constituição Federal de 1988, criando em seu texto o Sistema Único de Saúde, a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social de Blumenau chega a seu ápice, possuindo, neste ano, 29 creches e 33 centros sociais, nos quais funcionavam, além das creches,

ambulatórios médicos e gabinetes odontológicos, que também eram distribuídos em 18 escolas (Simão, 1995).

Uma pesquisa realizada, nos anos de 84 a 89, pelo Instituto de Pesquisas Sociais da Universidade Regional de Blumenau, a respeito da opinião da população acerca dos “postos de saúde”, em um universo de 20.729 entrevistados em todo o município, mostrou que 54,84% da população de Blumenau considerava de boa qualidade os serviços existentes, sendo que 52,76% da mesma população consideravam ruim a qualidade dos serviços hospitalares da cidade (Blumenau, 1994a).

De volta a clínica privada, no final de 1992, Fernando Vianna se elegeria vereador pelo PMDB e mais tarde seria Coordenador Regional de Saúde e por um curto período Secretário Adjunto de Saúde do estado de Santa Catarina. Porém, ainda secretário municipal, Vianna se associou a alguns outros médicos, em Blumenau, e formou a SERVIMED, uma empresa médica prestadora de assistência como plano de saúde privado e também, vendendo serviços de saúde ocupacional para empresas.

Sabemos que o predomínio do privado sobre o público se assenta em raízes histórico-sociais e de acordo com Vacca (1991), durante muito tempo, principalmente nos países europeus, o conceito de público coincidiu com o de estatal e o de privado designava tudo aquilo que era atribuído à regulação do mercado. Relacionando o binômio público privado com a organização de serviços de saúde no Brasil, fica claro o jogo de interesses de classe, compondo uma estrutura de serviços que assegura vantagens aos empresários da saúde articulados aos formuladores de políticas de saúde, enquanto cargos nas instituições públicas. Muitas vezes, sujeitos sociais acumulam a função de dirigentes de instituições públicas com a de dirigentes de instituições privadas criando condições para a consolidação do modelo neoliberal e a reprodução da estrutura privada de atenção à saúde em discordância com os princípios constitucionais.

Enquanto o movimento sanitário buscava consolidar o arcabouço legal normativo e institucional, tanto a nível nacional quanto ao nível das políticas regionais e localizadas, o setor privado avançava significativamente, criando um

subsistema privado forte e de baixa regulação pelo Estado, o da atenção médica supletiva, como assim o denomina Mendes (1995a).

É interessante observar que as estratégias descentralizadoras foram implantadas paralelamente ao crescimento da atenção médica supletiva, ou seja, a medicina de grupo, sistemas próprios, seguro saúde, cooperativas médicas e planos de administração. Como afirma Mendes (1995a, p.62): “Este subsistema tem como objeto à doença e suas seqüelas. Como seu próprio nome indica, é um sistema de atenção médica e não de saúde e estrutura-se em uma base social, vez que seu acesso depende da capacidade de pagamento de indivíduos, famílias e empresas”.

Com o fim do regime repressivo, torna-se necessário à elite econômica local garantir a representação nas diferentes esferas do governo, e a defesa de seus interesses. Em 1988, buscam Vilson Kleinünbing para ser o candidato da coligação PDS, PFL e PL. Em 1986, Kleinünbing se candidatou a governador do Estado, pelo Partido da Frente Liberal e não se elegeu. No entanto, recebeu grande votação em Blumenau, o que apontava para a possibilidade de vencer as eleições na disputa municipal e, posteriormente, vir a ser governador do Estado. Assim, passou a residir em Blumenau um ano antes das eleições de 1988. O fato de não ser blumenauense foi amplamente criticado pela oposição, mas, esta crítica não teve ressonância, pois seu sobrenome era alemão.

Nas eleições de novembro de 1988, principalmente nas grandes cidades, os eleitores votam contra o PMDB. Em Blumenau, dividido com o surgimento do PSDB, o PMDB chegaria somente em terceiro lugar. Venceria as eleições, com mais de 50% dos votos, a coligação PFL/PDS/PL, com Vilson Kleinünbing. Chegavam ao fim 19 anos de domínio do PMDB e as elites hegemônicas voltavam a assumir o governo.

“A historia é que Vilson Pedro Kleinünbing fez um grande número de votos como candidato a governador em Blumenau e alguns empresários, principalmente da ACIB, bancaram a vinda dele para Blumenau. (...), e aí a derrota de Blumenau com a divisão do PMDB em ala um e ala dois, ela sempre existiu mas os votos somavam” (Entrevista com Fernando Vianna em 07/12/2002).

Assim, a divisão do (P)MDB em outros partidos, a proposta do candidato Kleinünbing, de administrar com as associações de moradores, divulgada durante a campanha, e a necessidade do empresariado em interferir em diferentes esferas do governo, levam o candidato a ser apoiado por grandes empresários de Blumenau. Terá como candidato à vice-prefeito na sua chapa Victor F. Sasse, eterno candidato a prefeito pela ARENA, desde 1973. Derrotará, entre outros o candidato do PSDB, o deputado federal Vilson de Souza e o candidato do PMDB, o ex-prefeito e também deputado federal Renato Vianna. Tinha-se, então, um novo mediador dos interesses, definido pelo alto.

Na administração 1989/1992, os setores populares participam, sem poder deliberativo, através de reuniões realizadas nos bairros, com a presença do prefeito e secretariado, o programa de governo pregava que todas as ações seriam definidas em conjunto com as associações de moradores e que não haveria atendimentos individualizados, após dois meses de administração tal prática foi esquecida (Simão, 1995).

Ao término dos dois primeiros anos de administração, assumiu Victor Sasse, pois Kleinünbing foi eleito para o Governo Estadual. O prefeito em exercício retomou a consulta à população através de reuniões nos bairros organizadas pelas associações de moradores e criou a Secretaria de Ação Comunitária como um departamento de assessoria às organizações de moradores. Nessa administração também foram criados, por exigências da política de descentralização do Governo Central, os conselhos municipais deliberativos da Criança e do Adolescente e o da Saúde.

Com a vitória de Kleinünbing é convidado a assumir a Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social o médico Newton José Martins Mota¹⁰, que se encontrava em Blumenau, desde 1976, para onde veio com o objetivo de estruturar a U.T.I. do Hospital Santa Isabel, instituição da qual seria diretor técnico e diretor clínico e inicia-se um período muito importante para a saúde pública de Blumenau, o da implantação do Sistema único de Saúde.

¹⁰ Newton Mota nasceu em São Luiz Gonzaga, RS. Formou-se em medicina na UFRGS em 1972 e fez residência em cirurgia cardíaca no Instituto de Cardiologia do RS em Porto Alegre. Atualmente é Presidente do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina.

Newton Mota durante as grandes enchentes de 1983 e 1984, que trouxeram muita destruição a Blumenau, teve uma grande atuação humanitária no socorro as vítimas e transformou-se numa espécie de reserva moral da categoria médica da cidade.

Entre suas primeiras medidas como secretário municipal está a de retirar a Secretaria de Saúde e Bem Estar Social do interior do Hospital Santo Antônio e apresentar uma proposta para fracioná-la.

“(...)a primeira coisa que eu fiz, na primeira semana que eu fui visitar foi assumir a Secretaria, lá no Santo Antônio, com o Fernando. No dia seguinte eu já não estava mais lá, no dia primeiro e no dia dois eu estava na prefeitura, digo eu não volto para lá, tem que dar identidade própria ao hospital, eu não quero misturar o atendimento do bairro, do posto, que era meu compromisso número um, com o hospital. Nem o Santo Antônio e nem o Santa Isabel, eu tenho que cuidar da população do bairro e eu assumi a secretaria de saúde do município. Era assistente social junto ao hospital Santo Antônio, já era bem estar social, era a creche, era o atendimento de carentes, de imigrantes, tudo junto, imagina a marafunda dentro do hospital Santo Antônio. E aí em junho de 89, já em Junho, desmembramos a secretaria, entregamos as creches para educação e a parte de assistente social para uma secretaria própria” (Entrevista com Newton Mota, em 11/12/2001).

Apesar da estrutura da Secretaria sair de dentro do Hospital Santo Antônio, o mesmo continua sendo visto como algo público e em 15 de janeiro de 1989, Mota inaugura, junto ao mesmo, a Central de Ambulâncias, que acabaria o seu primeiro ano de atividades com 5 viaturas e com 7 motoristas contratados pelo hospital (Blumenau, 1989).

No novo organograma da Prefeitura Municipal de Blumenau, a Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar deixa de existir. É criada a Secretaria Municipal de Saúde, contendo no seu organograma os diretores de saúde e administrativo e umas poucas chefias de divisão (medicina comunitária, odontologia, de convênios e a de enfermagem, esta última criada um pouco mais tarde), trabalhando, prioritariamente, em cima de programas verticais: vacinação/imunização; saúde da mulher; saúde do escolar; prevenção da AIDS, saúde bucal; hipertensão arterial; prevenção e recuperação do alcoolismo; e vigilância sanitária (Blumenau, 1990).

As creches são entregues para a Secretaria Municipal de Educação e as ações de assistência social serão incorporadas a nova Secretaria de Ação

Comunitária criada em 1990, a saúde sai de dentro dos Centros Sociais e das creches e ocorre, também, uma significativa redução no número de servidores públicos da Secretaria Municipal de Saúde, de pouco mais de 800 para 308 funcionários municipais no final da gestão (Blumenau 1992b).

Mota justifica a retirada dos serviços de saúde dos Centros Sociais porque:

“(...) nos centros sociais, na verdade, não tinham o atendimento completo, nem da assistente social, muito menos de médicos, atendentes de enfermagem, não havia auxiliar de enfermagem em número adequado, então era muito precário. Pediatra ou clínico uma vez por semana, uma vez em alguns postos, duas vezes em outros, era muito raro aquele que tivesse atendimento todo dia. As creches, eram creches com atendimento da comunidade dentro da creche, então atendia criança com virose dentro da creche, atendia adulto dentro da creche misturado com criança, no meu entendimento aquilo era uma baderna e não é que fizesse aquilo propositalmente errado, não havia outro meio...” (Entrevista com Newton Mota, em 11/12/2001).

Mota estabeleceu como prioridade construir grandes ambulatórios, que fossem mais resolutivos: “chegamos a seguinte conclusão, nós temos que rapidamente partir para formação de grandes ambulatórios, e fechar alguns postos de saúde o que eu fiz na época para o odonto, nós fechamos todos os consultórios de odonto e abrimos os ambulatórios” (Entrevista com Newton Mota, em 11/12/2001).

Em sua gestão foi construído, com recursos doados por uma empreiteira, o ambulatório geral da Velha Central, área que recebia grandes contingentes de migrantes e com recursos repassados pelo então secretário estadual Valmor de Lucca, do partido adversário, o PMDB, o ambulatório geral do Badenfurt.

Conforme o Termo de Adesão no Convênio SUDS/SC, Portaria nº 057/89 do Departamento Autônomo de Saúde Pública de Santa Catarina, recebeu a responsabilidade de gerenciar e coordenar a totalidade dos recursos humanos vinculados ao SUDS municipal, passando a administrar o Centro de Saúde do estado, localizado na rua Itajaí (Blumenau, 1991) e transferido sem documentação alguma de cedência e os serviços localizados nos Centros Sociais Urbanos do Garcia e da Fortaleza, também pertencentes ao estado.

No ano de 1991, em 23 de abril, através da Portaria INAMPS/CCTE/SC nº 1.989, receberia, também, a administração dos espaços físicos e a cedência dos servidores lotados nos Postos de Assistência Médica (PAM), localizado na rua Sete de Setembro, no Centro e o do bairro do Garcia (Blumenau, 1991).

O secretário Mota não conseguiu concretizar a construção do ambulatório da Fortaleza: “(...)havia o projeto do ambulatório da Fortaleza. Esse é a grande magoa que eu tenho comigo mesmo, de não ter realizado. E esse ambulatório era um ambulatório de grande porte para atender, quem sabe, a noite toda. (...)nós não conseguimos o ambulatório na Fortaleza e o precário ficou até hoje lá” (Entrevista com Newton Mota, em 11/12/2001).

O próprio secretário questiona e tenta justificar:

“então eu fiquei pensando naquela época onde é que nós cometemos o erro, teve muita democracia? Perguntar demais? É contra a minha índole tentar impor a coisa, eu nunca faria isso, mas eu reconheço que foi um erro de não ter feito meio na calada, tipo o ambulatório da Velha, foi meio na calada da noite, aqui vamos fazer e acabou e saiu. Ali se tivesse feito a coisa dessa forma, mas não havia estrutura, era muito precária, não havia uma equipe, que tem hoje na Secretaria, então tinha que absorver um monte de encrenca, resolver a questão política” (Entrevista com Newton Mota, em 11/12/2001).

Considera que sua prioridade mais importante também não foi concretizada, a implantação de um número considerável de agentes de saúde, o cargo chegou a ser criado, mas o número de vagas era muito pequeno:

“(...)a idéia, na minha cabeça, era de 40 a 50 agentes de saúde, de cara. E eu não consegui executar porque eu tive medo até, porque eu estava sozinho, eu tinha muita pressão de dentro da equipe, que eu era o único, que parecia um discurso de um eventual candidato a qualquer coisa e eu queria o agente de saúde, por ser barato e para fazer um programa simples e que funcionasse” (Entrevista com Newton Mota, em 11/12/2001).

Também a ampliação do Hospital Santo Antônio e a construção do Hospital Santo Antônio II, na região norte da cidade, importantes projetos de governo, apesar de algumas diferenças de concepção, do próprio Secretário, com o restante da equipe, não foram levados adiante por falta de recursos: “se eu tivesse edificado o Santo Antônio, conforme o projeto original, ele estava pronto e

hoje teríamos um melhor atendimento à população carente de pronto-socorro e de pronto atendimento. Só que, por outro lado, a chance de dar errado em outras coisas era muito grande, eu não teria o apoio popular inclusive dos sindicatos” (Entrevista com Newton Mota, em 11/12/2001).

No ano de 1989, a Secretaria de Saúde teria no seu quadro 33 médicos, 28 cirurgiões dentistas e apenas três enfermeiras (Blumenau, 1989). No final do mandato em 1992, estes números seriam de 49 médicos, 41 cirurgiões dentistas e 7 enfermeiras (Blumenau, 1992b). A equipe de nível central era pequena e o sistema era totalmente medicocêntrico, começando a soprar de forma muito tímida ventos de mudança, sendo que no setor de odontologia, apesar de ainda haver muita influência dos médicos, o secretário conseguiu “dar mais poder ao dentista, ao odontólogo para gerir, mas a enfermagem era inexpressiva” (Entrevista com Newton Mota, em 11/12/2001).

Campos(1992, p.109) nos fala que a “predominância, durante dezenas de anos, da prática médica liberal, como a principal forma de prestação de serviço às populações, terminou por atrasar a incorporação ao campo da saúde de métodos administrativos desenvolvidos em outros ramos da produção de bens ou serviços”.

Um pouco antes, em 1988, uma chapa de oposição vence, com uma proposta de construção de um sindicalismo autônomo combativo e de classe, as eleições para a diretoria do Sindicato dos Trabalhadores Têxteis de Blumenau.

Este sindicato de trabalhadores, o maior da região, possuindo algo em torno de 30 mil associados, tem poder de influência na sociedade local e após muitos anos, Blumenau vive, novamente um movimento grevista.

Segundo Simão (1995, p. 112) “(...) Os blumenauenses contagiam-se com a paralisação no início de 1989. As assembleias são realizadas na rua principal, no centro da cidade, com a participação maciça dos trabalhadores que vinham a pé até o centro, pois também o transporte coletivo paralisou suas atividades”.

As centrais sindicais, visando a mobilização dos trabalhadores para a Greve Geral marcada para os dias 14 e 15 de março, organizam, no dia 1º de março, o “Dia Nacional de Mobilização Pela Greve Geral”, acontecendo grandes manifestações em todo país como atos de repúdio ao “Plano Verão”. A mobilização prossegue durante os que antecederam a greve e todo esse

movimento ia conscientizando os trabalhadores para que, então nos dias 14 e 15 de março, a greve tivesse ampla adesão, com força para pressionar o governo no sentido de atender às reivindicações dos trabalhadores encaminhadas pelas Centrais Sindicais (Simão, 1995).

É nesta conjuntura, em 1989, que é deflagrada a greve dos trabalhadores têxteis de Blumenau, que se estende a todos os trabalhadores da cidade.

Mais uma vez o movimento de paralisação se iniciou de forma espontânea, mas logo a nova diretoria do Sindicato dos Trabalhadores Têxteis assume a direção do movimento de greve da categoria.

E no dia 13 de março de 1989 a cidade parou. Segundo Krzizanowski (1992, p. 81): “(..).70% do comércio estava de portas fechadas. As indústrias têxteis, maior empregadora de mão-de-obra, viram 90% dos empregados de braços cruzados. As escolas paralisaram: 50 mil alunos da rede municipal, estadual e a Universidade (FURB) ficaram sem aulas. Dos 43 bancos somente alguns abriram precariamente...”

Também entram em greve os motoristas e cobradores, por tempo indeterminado, paralisando o transporte coletivo. Os trabalhadores da indústria metalúrgica, das fábricas de brinquedos, Cristais e da Construção Civil também entraram em greve. Eram os trabalhadores de Blumenau retomando seu próprio movimento na defesa de seus interesses, mas com uma diferença, neste ano de 1989 a cidade de Blumenau paralisou suas atividades e todos os trabalhadores e não apenas os têxteis, se movimentaram na luta pelos seus interesses.

A Greve Geral de Blumenau termina no segundo dia da Greve Geral chamada pelas Centrais Sindicais: CUT e CGT. No dia 15 de março, pelo acordo feito com os sindicatos patronais e empresas isoladas, 50% dos trabalhadores voltam às atividades e volta, também, a funcionar o transporte coletivo, dando a impressão que a cidade voltava a normalidade. Porém, continuam em greve os trabalhadores têxteis e os metalúrgicos (Simão, 1995).

A classe patronal não consegue organizar o consenso e passa a utilizar os aparelhos "privados" de hegemonia. “Através da imprensa escrita e falada tentavam reforçar o senso comum de que o trabalhador de Blumenau é ordeiro e pacífico” (Simão, 1995, p.115) e apelam para a repressão policial. Através desta,

impediam a formação de piquetes e garantiam o acesso dos que continuavam a trabalhar.

Os metalúrgicos continuavam em greve, mas sem o apoio da direção do sindicato e da comissão de negociação organizada. Já os trabalhadores têxteis, contavam com uma direção sindical orgânica, mas, “a categoria não ultrapassava a postura corporativista e nada fazia no sentido de pressionar os proprietários das indústrias metalúrgicas para abrirem as negociações” (Simão, 1995, p. 116).

Diante da intransigência da classe patronal o presidente do Sindicato dos Trabalhadores da Fiação e Tecelagem de Blumenau, acompanhado do Deputado Federal Vilson de Souza, do PSDB, consegue audiência com a Ministra do Trabalho, Dorotéia Werneck e solicitam sua intervenção no sentido de reabrir as negociações (Simão, 1995).

A ida a Brasília e um pedido de dissídio coletivo, forçaram a classe patronal a negociar com os grevistas, através do Sindicato e a chega-se a uma proposta, que levada para a assembléia, foi debatida e aceita pelos trabalhadores que retornam ao trabalho.

A greve de 1989 provocou alterações nas direções de alguns sindicatos de Blumenau, dentre eles o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Blumenau, com 2.400 associados e em agosto de 1989, a chapa de oposição, encabeçada por Amândio Castellain¹¹ e denominada "A Grande Virada", recebe a maioria dos votos dos associados ao Sindicato, que se transformará num dos sindicatos de trabalhadores mais combativos da história da cidade.

De acordo com Simão (1995, p. 117-118) o movimento de 1989:

(...) não obstante a demissão de alguns trabalhadores, trouxe uma grande contribuição para a alteração do Movimento Sindical de Blumenau, ou melhor, o movimento passou a existir. Os Sindicatos, em Blumenau, tiveram uma história de cooptação pelo patronato e descompromisso com os interesses da classe

¹¹ Amândio Castellain, nasceu em Blumenau, estudou até o quarto primário, militou na pastoral operária, foi candidato a Vice-Prefeito de Blumenau, em 1988, pelo PT e presidiu o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e do Material Elétrico de Blumenau. Preside atualmente o CISAT (Conselho Intersindical de Saúde e Ambiente do Trabalho), é Conselheiro Municipal de Saúde de Blumenau, desde a implantação do Conselho, sendo seu Presidente, a partir de outubro de 1996 e atualmente responde pela Superintendência Administrativo – financeira da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau.

trabalhadora. Com esta greve surgiu um Sindicato combativo expresso pelas diretorias de alguns Sindicatos, entre os quais se filiaram à Central Única dos Trabalhadores: Sindicato dos Trabalhadores na Educação da Rede Municipal de Ensino em 1990; Sindicato dos Vidros C.P. de Blumenau, em 1993; Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Blumenau, em 1990; Sindicato dos Bancários de Blumenau, em março de 1992; Sindicato dos Trabalhadores na Educação, em 1990. Saem, assim, esses sindicatos, da esfera puramente local para inserir-se no contexto maior, o nacional. Com isto não se está afirmando que só são considerados combativos aqueles Sindicatos que estão filiados à CUT, pois a direção do Sindicato dos Trabalhadores das Ind. de Fiação e Tec. de Blumenau se mostrou combativa durante todo o movimento de greve e após a ela, e não se filiaram a nenhuma Central Sindical.

Começava a surgir à construção de uma vontade política coletiva, ou seja, individualização da classe, independência em relação às demais e ascendência de uma luta no plano universal, na perspectiva de construir uma nova hegemonia social e política, começa a se fazer presente na candidatura de Amândio Castellain a vice-prefeito em 1988, e emergindo, definitivamente, a partir da greve de 1989. É, de fato a partir deste movimento que os sindicatos mudam suas direções, como também se integram a organizações que extrapolam ao grupo imediato. É chegado aquele momento segundo Gramsci (1984, p.51) “em que se adquire a consciência de que os próprios interesses corporativos, no seu desenvolvimento atual e futuro, superam o círculo corporativo, de grupo meramente econômico, e podem e devem tornar-se os interesses de outros grupos subordinados”. A citação anterior trata-se do que se denominou “catarse”, que segundo Coutinho (1996, p.158-9) é um conceito comum presente em Gramsci e em Lukacs :

Em Lukacs (...), a catarse (...) faz com que o individuo se liberte de sua mera particularidade, de suas limitações singulares e tome consciência ativa de sua dimensão universal enquanto parte integrante do gênero humano. Em Gramsci, o momento catarquico (...) é o processo mediante o qual um grupo social supera seus interesses econômicos, meramente corporativos (...), e se eleva à consciência “ético-política”, a condição de classe universal, capaz de se tornar hegemônica por dar respostas historicamente universais as questões vividas pelo povo- nação e pela humanidade numa época concreta.

É chegada “a fase mais abertamente política, que assinala a passagem nítida da estrutura para a esfera das superestruturas complexas; é a fase em que

as ideologias germinadas anteriormente se transformam em partido” (Gramsci, 1984, p.51). Além da filiação em centrais nacionais de trabalhadores, o partido, que pode congrega interesses individualizados dos trabalhadores, começa a se fortalecer. O partido é “... a primeira célula na qual se aglomeram germes de uma vontade coletiva que tendem a se tornar universais e totais” (Gramsci, 1984, p. 6).

Durante o seu período como secretário, Mota foi por três meses filiado ao PDS, de maio a agosto de 1989, ficando depois sem filiação a partido político e relata que foram exatamente essas forças partidárias as maiores dificultadoras ao desenvolvimento de seus trabalhos à frente da saúde municipal.

“(...)Dentro da estrutura política, dentro do PDS, o grande problema que eu tive, o próprio PDS, a estrutura do PDS me incomodou os quatro anos e eu tinha que estar dando satisfação.(...) eu recebia telefonemas do presidente do PDS, eu acho que cada semana um telefonema, apesar de eu não ser do partido, a secretaria era do PDS e tinha que dar satisfação” (Entrevista com Newton Mota, em 11/12/2001).

Durante o final do ano de 89 e durante os anos de 90 e 91, Mota forma um conselho de saúde informal conseguindo estabelecer e hegemonizar uma aliança com algumas associações de moradores e com sindicatos de trabalhadores de todas as matizes, inclusive com aqueles sindicatos ligados ao Partido dos Trabalhadores, formando na saúde pública de Blumenau, uma espécie de “bloco de poder”, que “não é uma expressão usada por Gramsci, mas por Togliatti, referindo-se à fase de preparação de um novo bloco histórico e de uma nova sociedade com novas bases, de um novo tipo de Estado, de uma nova relação entre base social e Estado” (Gruppi, 1998, p.104).

Nas próprias palavras de Mota, ele afirma que ouvia para decidir as políticas de saúde a serem implementadas

(..)basicamente os dezoito sindicatos de trabalhadores. Eu parti da seguinte premissa, por mais pelego que fosse o sindicato, eu não vou citar nomes, mas representa a massa trabalhadora e esses dezoito sindicatos participaram. Eu me lembro que as reuniões eram mensais, eles opinavam, davam idéias. Havia um pouco de agressão verbal, um ao outro, mas isso passava e eu dizia assim, não, eu quero uma opinião, o que vocês acham disso?” (Entrevista com Newton Mota, em 11/12/2001).

Amândio Castellain, atual Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Blumenau e grande liderança sindical do período pós-greves de 1989, realiza alguns comentários acerca do período:

“(...)era uma coisa prática, porque as chefias, por exemplo, as chefias do então INAMPS da rua Sete, dos ambulatórios, como no Garcia, então quem decidia isso, quem ia para lá, era escolhido pelos sindicatos, associação de moradores e nós é que escolhíamos quem iria ser o gerente de lá, o coordenador de lá. Então era algo, que por exemplo, pra nós que era da CUT e tal, isso aí pra nós, a gente sempre defendeu essas coisas mesmo, então aquilo ali para nós, a gente se identificava com aquilo ali, nós nos identificávamos (...)Foi um período de democratização do poder que houve em Blumenau e que não se encontra até hoje. Foi um momento muito interessante, esse período foi um momento muito interessante, porque era como se a classe trabalhadora tivesse ali, poderiam até ser manipulados pela falta de experiência e tal e tudo mais. Mas a gente sentia um gosto, de saber em chegar lá e dizer assim: e aí companheiro como é que está isso aqui? O que é que tens para nos contar? Por que tem essas demandas, essas coisas todas? Então foi um período interessantíssimo da administração do Motta...” (Entrevista com Amândio Castellain em 05/05/2002).

É importante registrar que, quando o Prefeito Vilson Kleinümbing se afasta, para ser candidato ao governo do estado e assume o Vice-Prefeito Victor Sasse, este não pretendia manter Motta no cargo de Secretário de Saúde e são os sindicatos de trabalhadores, as associações de moradores que se mobilizam, marcam uma audiência com o novo Prefeito e exigem a continuidade do secretário: “o Sasse não queria o Motta, e nós enquanto a associação de moradores, os sindicatos marcar uma audiência e exigimos a presença do Dr. Motta que continuasse na área da saúde então foi uma pressão popular pelo mandato que nos interessava” (Entrevista com Amândio Castellain em 05/05/2002).

Segundo Castellain, os sindicatos sabiam perfeitamente que estavam lidando com um governo de direita, conservador e que atendia aos interesses das elites, da classe hegemônica e que tinha que ser combatido, porém, na saúde, o que era feito em prol dos trabalhadores era prontamente apoiado: “(...)nós sabíamos muito bem quem era quem. Eu poderia aceitar o Dr. Motta, mas ele era um secretário do Kleinümbing, isso para mim eu tinha claro. Então, aquilo que nós chegávamos para ele, que fosse de interesse da classe trabalhadora e que ele

acatava, nós batíamos palmas” (Entrevista com Amândio Castellain em 05/05/2002).

Mota, embora filho de pai taxista e de mãe costureira nunca foi um intelectual orgânico do proletariado. Mas, apesar de ter sido filiado ao PDS, não pode ser considerado, também, um intelectual orgânico da burguesia. Está muito mais próximo, na nossa opinião, daquilo que Gramsci denomina de “intelectual tradicional”.

Para Gramsci, o “intelectual tradicional” é aquele que sobreviveu ao modo de produção anterior (não é este o caso em relação ao secretário do período) e não se acha atualmente ligado organicamente a nenhuma das classes fundamentais (Simionatto, 1999).

Uma das características do mesmo é a de se conceber como categoria autônoma. A esse respeito Gramsci (1977, p. 1515, apud Simionatto, 1999, p.53) coloca que: “Dado que estas várias categorias de intelectuais sentem com ‘espírito de grupo’ sua ininterrupta continuidade histórica e sua ‘qualificação’, eles consideram a si mesmos como sendo autônomos e independentes do grupo social dominante (...), revestidos de características próprias”. (Grifo do autor).

Necessariamente o intelectual tradicional, em Gramsci, não precisa ser do tipo conservador e reacionário, pode ser até um revolucionário, quando na passagem de uma formação histórica a outra, passa a defender os interesses da classe subalterna (Simionatto, 1999).

Segundo Gruppi (2000, p.81) “na Itália, os intelectuais tradicionais são aqueles do tipo humanista, entre os quais Gramsci inclui também o clero”.

Segundo Simionatto (1999, p.54): “o intelectual tradicional não está, (...) preso ao passado; ele se articula ao presente porque é, ao mesmo tempo, depositário de uma tradição cultural. (...) ele analisa o presente à luz de valores que foram desenvolvidos no passado”.

Ainda segundo Gramsci “Há que se considerar, no entanto, que, quando a burguesia se apresenta como obstáculo para o desenvolvimento da sociedade, os intelectuais tradicionais tendem progressivamente a separar-se dela e desenvolver vínculos com a classe trabalhadora...” (Simionatto, 1993, p. 111).

Com o Prefeito Sasse, a relação do Secretário Mota, não segue a mesma lógica que seguia com Kleinümbing, de quem recebeu total apoio, “(...)Sasse era um camarada muito centralizador, houve muito problema...” (Entrevista com Newton Mota, em 11/12/2001).

Apesar disso é nesse período que são criados, em Blumenau, atendendo ao estabelecido na Constituição Federal e nas Leis 8080/90 e 8142/90, o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde, bem como é promulgada a Lei Orgânica do Município de Blumenau.

A Lei Orgânica de Blumenau estabelece no seu capítulo segundo as diretrizes da saúde, assistência e previdência social, definindo em seu art. 108 que, “a saúde é direito de todos os munícipes e dever do Poder Público, assegurada mediante políticas sociais e econômicas que visem à eliminação do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua prevenção, proteção e recuperação”, estabelecendo as diretrizes da área, no art. 109 que são baseadas nos princípios e diretrizes definidos na Constituição Federal e definindo na quinta seção, do seu primeiro capítulo, mais especificamente no art. 64, a existência, “formado de representantes do Poder Público e da Sociedade Civil”, do Conselho Municipal de Saúde (Blumenau, 1990c), é importante observarmos que a Lei Orgânica do Município foi promulgada em 29 de março de 1990, anterior as Leis 8.080 e 8.142.

Mota relata que a implantação do Conselho Municipal de Saúde ocorreu em virtude da determinação legal e esvaziou as reuniões com os sindicatos: “(...)foi atendendo a determinação legal (...), nós tínhamos que partir para isso e eu senti que aconteceria o seguinte: Esvaziar as reuniões com os sindicatos e esvaziou, mas era irreversível.(...)essa implantação do Conselho era inevitável, para atender princípios legais inclusive” (Entrevista com Newton Mota, em 11/12/2001).

O Conselho Municipal de Saúde, criado em Blumenau, pela Lei Municipal nº 25, de 19 de dezembro de 1991(Blumenau, 1991a), de caráter deliberativo e permanente, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros

(Blumenau, 1992c), em conformidade com a Lei Federal 8.142/90, que, em seu art. 4º, inciso II, estabelece a necessidade da criação do mesmo, como requisito para participar do SUS e receber recursos financeiros para a área da saúde e significou, para o secretário Mota, um certo retrocesso no processo de participação das representações populares: “(...)não tinha como fugir mas eu sinto que faltou a força, porque essa força da sociedade organizada dentro do Conselho ela não se exercita, diminuiu a força” (Entrevista com Newton Mota, em 11/12/2001).

A composição do Conselho, estabelecida na mesma Lei Municipal (Blumenau, 1991a), ao estabelecer as entidades representativas dos usuários, reflete perfeitamente a diminuição da força dos sindicatos de trabalhadores, das associações de moradores e das forças progressistas como um todo. Figuravam como representantes dos usuários as seguintes entidades, sempre com um representante cada:

- Sindicatos de Trabalhadores;
- Sindicatos Patronais;
- Associação de Moradores;
- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais;
- Rede Feminina de Combate ao Câncer;
- Pastoral da Saúde;
- Associação de Aposentados e Pensionistas da Previdência Social;
- Associação de Pais e Professores;
- Clubes de Serviço;
- Seccional da Ordem dos Advogados do Brasil;
- Associação Blumenauense dos Portadores de Deficiências.

Os representantes dos prestadores de serviços seriam indicados pelas seguintes instituições:

- Instituições Hospitalares do município;
- Unimed;
- Uniodonto;
- Seguros de saúde privados.

Os profissionais de saúde seriam indicados por órgãos corporativos, respectivamente:

- Associação Médica de Blumenau;
- Associação Odontológica de Blumenau;
- Associação dos Farmacêuticos e Bioquímicos de Blumenau;
- Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde;
- Curso de Medicina da Universidade Regional de Blumenau – FURB.

A relação se completaria com os dois representantes do governo indicados pelo Prefeito Municipal. Sendo que o Secretário Municipal de Saúde participaria na qualidade de Presidente nato do Conselho.

A respeito desta composição, Castellain faz críticas:

“Não, nós nem sabemos quem sentou para fazer isso aí. O Mota é que deve saber. Nós não tivemos participação nisso aí. Nos colocaram lá dentro por boa vontade dele. Nos colocaram lá, agora isso aí não houve organização para dizer tem que ser esse, esse e aquele ali. Quem vai estar lá é Unimed, Rotary, entende, muitas vezes representando os usuários entidades burguesas, que estão tudo atreladas a esse sistema que estava aí. Então é claro quem é que iria dominar aquilo ali. Nós ainda não tínhamos uma prática pra discussões e um avanço dentro de todos conceitos que norteou os sanitaristas do Brasil para colocar aqui na construção. Nós não tínhamos todo o conceito, quer dizer, isso aí nós fomos aprendendo na marra e fazendo alguns enfrentamentos lá” (Entrevista com Amândio Castellain em 05/05/2002).

A composição do Conselho Municipal de Saúde repetiria a prática de criar o novo mantendo o velho ou no dizer do príncipe de Lampedusa “Depois tudo ficará na mesma, embora tudo tenha mudado”.

É interessante, a respeito disto, talvez ouvirmos a opinião (um pouco weberiana) de Faoro (2000, p.368-69), para quem o nosso sistema político-jurídico é dirigido por um “estamento burocrático”, que surge do “patrimonialismo” e se perpetua noutro tipo social, absorvendo as técnicas deste, como meras técnicas. Essa direção não ocorre apenas a partir da coerção. É uma dominação hegemônica, respaldada tanto no interior da sociedade quanto pela estrutura político-jurídica e que explica, pelo menos em parte, a vocação, do Estado brasileiro, para incorporar o novo sem destruir o velho.

Embora minoritário nesta composição do Conselho Municipal de Saúde, a representação dos Sindicatos de Trabalhadores atuaria como um verdadeiro ator social.

É necessário ressaltar que o termo *ator*, utilizado neste estudo, refere-se ao conceito de ator social, conforme preconiza Matus (1997). Segundo esse autor, os atores sociais "são forças sociais e personalidades que controlam centros de poder". E afirma, ainda, a respeito da capacidade de intervenção política dos atores sociais:

Nosso interesse pelos atores sociais advém de seu papel no processo de produção social. Eles são os únicos produtores coletivos de eventos sociais, e, portanto, são os sujeitos da mudança situacional. Esses atores podem seguir um processo de produção direta, utilizando o poder que têm em si como instituições, ou um processo de produção indireta, através das instituições que controlam (Matus, 1997, p. 228).

De acordo com Matus (1997), os atores sociais podem ser pessoas isoladas ou grupos (organizações, instituições, etc.) mas devem ter as três seguintes características: (1) algum grau de organização; (2) alguma capacidade de intervenção, e (3) um projeto de intervenção. O indivíduo isolado ou grupos desorganizados, que não conseguem dar organicidade, mesmo que minimamente, a um projeto político, não tendo, por consequência, nenhuma capacidade de interferir no processo político, não podem ser considerados atores sociais.

Em Brasília, o processo de normatização do SUS, como já vimos, teria seu início com a edição da NOB-SUS 01/91 e da NOB-SUS-92 são firmados convênios de municipalização, com o objetivo de garantir a transferência de recursos do INAMPS, para financiamento das atividades ambulatoriais (Andrade, 2001).

Para Blumenau, o convênio de municipalização, recebeu o número 686/92 e foi assinado em 20 de maio 1992, alterando o convênio 01/91 e tendo como objetivo a implementação da municipalização das ações de saúde, a nível orçamentário e financeiro, estabelecendo procedimentos, na transferência de recursos alocados no orçamento do Inamps, diretamente à Prefeitura, para aplicação na rede de serviços, tendo como objetivo a expansão das atividades

médico-assistências, bem como aqueles propostos na Lei Orgânica da Saúde, tais como buscar condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, bem como a participação da sociedade civil na gestão do Sistema Único de Saúde (Blumenau, 1992b; Duarte da Silva, 1997). Iniciava-se aquela, que segundo Ortiga (1999,p.18), ficaria conhecida como “a segunda etapa da municipalização”.

A Lei Orgânica da Saúde, assegura a existência de um comando único a cada nível de governo e atribuí ao município a gerência e a execução de todas as ações de saúde em sua abrangência territorial.

Entretanto, o cumprimento dessa lei “exigiria um revolucionário movimento de descentralização” (Campos, 1992) já que as estruturas organizacionais de todos os níveis do sistema sejam federais, estaduais ou municipais, pautam-se historicamente na multiplicidade de órgãos e entidades funcionando de modo não articulado e com superposição de ações, o que exigiria uma reforma radical da estrutura vigente, reforma esta que não ocorreria tão profundamente.

Sendo assim, embora se iniciasse uma transição de um modelo centralizado para um modelo municipalizado atomizado, a municipalização da saúde em Blumenau, neste momento, ocorria sob a forma daquilo que Mendes(1992, p.14-5) chama de “inampsização”:

“A inampsização busca recolher uma expressão de uso corrente, por associação a padrões institucionais historicamente representados, em nosso país, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (...) Esses padrões de relações entre o Estado e a sociedade, já consagrados nos governos federais e estaduais, podem ser, perfeitamente municipalizados através de sua reprodução a nível local (...) de um INAMPS nacional passaríamos a milhares de INAMPS espalhados pelos municípios brasileiros”.

A primeira reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS) ocorreu em 26 de março de 1992, na sala de reuniões do gabinete do Prefeito e tratou, além das apresentações dos conselheiros e da determinação das datas e horário das reuniões, da formação de grupos de trabalho para discussão da situação dos hospitais da cidade e para elaboração do regimento interno do Conselho e da aprovação do Plano Municipal de Saúde (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 26/03/92).

A respeito do Plano Municipal de Saúde de 1992, Mota colocou que o mesmo “deve ser considerado uma carta de intenções, podendo ser modificado ou ampliado. A discussão ampla do Plano deve ser permanente”. Em virtude da urgência de encaminhá-lo, o mesmo é aprovado por unanimidade e as suas prioridades seriam discutidas futuramente (Ata da Reunião Ordinária de 26/03/92, do CMS).

O Plano Municipal de Saúde de 1992 (PMS de 1992) é um documento de 62 páginas, que procura caracterizar os aspectos sócio-econômicos, de infraestrutura, demográficos e epidemiológicos da cidade de Blumenau, bem como mostrar, de forma normativa, as diretrizes, as prioridades, os objetivos e a estratégia de ação da Secretaria de Saúde, para o ano de 1992.

Segundo o documento, os objetivos para o ano 1992 seriam a ampliação da assistência primária, através dos programas propostos pela Secretaria Municipal de Saúde, associada à continuidade dos programas do Ministério da Saúde, visando diminuir a morbi-mortalidade e elevar os níveis de saúde e higiene, através das atividades desenvolvidas nos diversos postos e ambulatórios distribuídos na periferia do município. Além disso, proporcionar um melhor atendimento à população, através da descentralização dos serviços de saúde, por meio das Unidades Sanitárias Avançadas, com adequação das instalações e equipamentos apropriados e aumento do número de leitos hospitalares (Blumenau, 1992a).

As principais diretrizes apontadas seriam o resgate da medicina preventiva, como fator de promoção, proteção e recuperação da saúde; a maximização do alcance da assistência à saúde geral, não só a frações da população ainda não beneficiada, mas também diante dos problemas de saúde mais prevalentes e relevantes em todos os níveis e a reciclagem do pessoal técnico e administrativo que atuaria nos projetos e programas (Blumenau, 1992a).

Após esta primeira reunião do CMS, ocorreram, durante o ano de 1992, mais nove reuniões ordinárias e quatro extraordinárias, o que mostra uma boa atividade do Conselho Municipal de Saúde. Nestas reuniões, além da aprovação do regimento interno do Conselho, alguns outros temas foram discutidos em vários momentos, dos quais destacamos a necessidade de construção do Instituto

Médico Legal em Blumenau, fato que levaria mais alguns anos para se transformar em realidade; a descentralização de alguns serviços do PAM-centro do INAMPS para a periferia; o projeto de construção de nova área para o Hospital Santo Antônio e o projeto de construção do Hospital Universitário (este último aprovado com o voto contrário da representação das instituições hospitalares) e que passariam o século sem serem concretizados; e a contratação de serviços de diagnose e de internação com prestadores privados, por tabela diferenciada da SUS.

É importante registrar que na Reunião Ordinária de 20 de maio de 1992, o Secretário de Saúde e Presidente do Conselho, Newton Mota, mostrou a sua preocupação com o descompromisso dos servidores de saúde, notadamente médicos, colocando que “enquanto não mudar a forma de atendimento, atualmente pela cota de cada médico, a mentalidade não mudará. O médico deverá ter carga horária e não número de atendimentos” (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 20/05/92).

A fala do Secretário mostra claramente a omissão de trabalhadores de saúde com o processo de mudança. A adesão ao projeto da reforma sanitária significa comprometer-se com os reais interesses da população, respeitando os seus direitos e prestando um serviço com responsabilidade ética e de qualidade. Mas neste início de SUS as vozes e as idéias do Movimento de Reforma Sanitária ainda não repercutiam na cidade.

Em 14 de abril de 1992, seria instituído, em Blumenau, pela Lei Municipal nº 4.003, o Fundo Municipal de Saúde (Blumenau, 1992c), o qual só viria a ser efetivamente implantado no final do ano seguinte. Como coloca Duarte da Silva (1997), o Fundo se constitui de contas bancárias, onde se concentram os recursos destinados à área da saúde com o objetivo de garantir a aplicação dos mesmos na área e facilitar o controle social.

É importante registrar que, talvez, o programa de maior sucesso da gestão Mota, tenha sido o Projeto Sorriso, regulamentado pela Lei Municipal nº 3.979, de 19 de dezembro de 1991 (Blumenau, 1991c), tornava obrigatória a escovação dental supervisionada nas escolas de Blumenau, para alunos da pré-escola ao 4º ano do ensino fundamental, objetivando melhorar a qualidade de vida através da

promoção e manutenção da saúde, evitando as doenças gengivais e prevenindo a cárie. Conforme Adriano et al. (1999, p. 47) “além da escovação dental diária realizada pelos professores, os alunos são examinados e encaminhados para o tratamento odontológico restaurador, proporcionando uma cobertura aproximada de 65% da população escolar de Blumenau. Após este exame as crianças recebem o tratamento preventivo da cárie dentária conforme sua necessidade”.

O Projeto Sorriso foi criação de uma equipe coordenada pelo então chefe da divisão de odontologia da Secretaria, cirurgião dentista Héliyon Ribeiro e é o grande responsável pela queda acentuada do índice de dentes cariados, obturados e perdidos nesta faixa etária até 12 anos, de 7(sete) em meados dos anos 80 para 1,39 em 1998 (Adriano et al., 1999) , sendo mantido pelas administrações seguintes, servindo de modelo para vários municípios brasileiros e permitindo a Traebert et al. (2001) concluírem, em trabalho publicado na Revista de Saúde Pública, de que são baixas a prevalência e as necessidades de tratamento em crianças de 12 anos de idade de escolas públicas de Blumenau.

Mota teve atuação pequena na ASSESC e praticamente nenhuma participação no CONASEMS e embora fosse um defensor da municipalização, não esteve presente na IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 92, que discutiu o tema “Saúde: Municipalização é o Caminho”, enfatizando a necessidade do processo de municipalização não se restringir ao repasse direto de recursos financeiros, mas viabilizar, igualmente, a efetiva gestão da atenção à saúde pelo município, com direção única e controle social (Brasil, 1992) e se constituiu como mais uma vitória do Movimento Sanitário, reforçado pela corrente municipalista (Goulart, 1996).

Apesar de todos os esforços, do pioneirismo, dos primeiros passos na implantação do SUS, havia, ainda, muito a ser feito. O compromisso público de Kleinübing e Sasse, para a área da saúde, estabelecido durante a campanha eleitoral de 1988, chamado de Plano Blumenau Urgente, não foi cumprido:

“Qualidade da água consumida e saneamento são fatores básicos de saúde. Junto com o atendimento primário, descentralizado, são as nossas prioridades na área da saúde. Nossa proposta é clara: Postos de Saúde abertos até 12 horas por dia, em cada bairro. Temos recursos humanos e profissionais para isso e podemos utilizar os edifícios municipais já existentes em cada área. Trata-se de

resolver o problema no próprio bairro, evitando deslocamentos, às vezes inúteis, aos hospitais do centro da cidade. E vamos também aproximar o hospital de maior número de pessoas, com a construção do Hospital Santo Antônio II, na zona norte da cidade.” (Blumenau, 1992a, p.60).

Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisas Sociais da Universidade Regional de Blumenau, semelhante à outra realizada no período anterior aos anos 90, também a respeito da opinião da população acerca dos “postos de saúde”, mas agora realizada nos anos de 91 e 92, em um universo de 17.844 entrevistados em todo o município, mostrou que, apenas 27,37% da população de Blumenau, consideravam de boa qualidade os serviços prestados nos postos de saúde existentes, sendo que 56,17% da mesma população consideravam ruins os serviços hospitalares na cidade (Blumenau, 1994a). Tais dados, se comparados com os do período de 84 a 89 mostram que, para a opinião da população, a qualidade dos serviços de saúde prestados, tanto os ambulatoriais, como os hospitalares, pioraram, durante os anos de gestão do Secretário Mota. Isto pode ser atribuído ao fechamento dos serviços, pouco resolutivos, mas próximos das residências, localizado nos Centros Sociais e nas creches, porém o mais provável é que esses dados mostrem um olhar mais crítico, mais exigente, da população de Blumenau, em relação aos seus direitos de cidadania, olhar este, sem dúvida, aguçado a partir das greves de 1989 e que levaram a ruptura da indiferenciação de classe, fato este que contribuiria, no futuro, para os avanços eleitorais do Partido dos Trabalhadores na cidade.

As eleições de 1992 são vencidas pela coligação PMDB/PSDB, denominada de “Viva Blumenau” e tendo como candidatos a prefeito e vice, respectivamente, os Deputados Federais Renato Vianna e Wilson de Souza, adversários e derrotados na eleição anterior e que agora derrotam um outro ex-prefeito do antigo MDB, que é candidato do grupo mais orgânico ao empresariado e que se encontra no poder, seu nome: Félix Theiss.

Há uma tentativa de retorno a política do consenso, da mediação dos interesses classistas, mas a conjuntura e os tempos são outros.

São tempos duros para Blumenau, tempos de sentir as conseqüências da reestruturação da economia, da flexibilização, tempos de crise econômica, de desemprego, tempos de neoliberalismo.

“(...)começa no governo Kleinümbing e atinge o alvo é no governo do Renato. Então nós vamos pegar aí, as maiores demissões do setor têxtil, nessa época. Quer dizer a diminuição por falta de modernização também de algumas empresas e tal, ou a compra, a junção delas em outro segmento, nós vamos pegar tudo nessa época e aí também, começam a sair os médicos de dentro das fábricas também né, uma coisa assim bem tudo automático” (Entrevista com Amândio Castellain em 05/05/2002).

Como ensina Souza Santos (1995, p.02): “O grande teorizador da desigualdade na modernidade capitalista é sem duvida, Marx. Segundo ele, a relação capital/trabalho é o grande principio da integração social na sociedade capitalista, uma integração que assenta na desigualdade entre o capital e o trabalho, uma desigualdade classista baseada na exploração”.

E buscando os ensinamentos dialéticos, sempre atuais de Marx, quando teorizou sobre o modo de produção capitalista, são tempos em que se acentuam as diferenças entre os *iguais*, ou seja, os pertencentes a elite, a burguesia dominante, os integrantes da classe mais abastada da sociedade capitalista, os detentores do capital e os *desiguais*, que por sua vez, são os integrantes da classe trabalhadora, os detentores da força do trabalho.

Mas para os trabalhadores, após o momento de identidade de classe, chega o da representação política. O Partido dos Trabalhadores, que é até então havia obtido votações inexpressivas nas eleições municipais (0,44% em 1982 e 0,5% em 1988), chega a 17% dos votos com seu candidato a prefeito Volir Nazário e elege pela primeira vez dois vereadores, o advogado de sindicatos de trabalhadores Décio Lima e o líder comunitário Célio Scholemberg.

Renato Vianna indica para a pasta da saúde o médico, proctologista, Luiz Eduardo Caminha. Natural de Florianópolis, Caminha foi candidato ao cargo de vice-prefeito com Vilson de Souza na chapa do PSDB, nas eleições de 1988. Ligado ao movimento do “cursilho” da igreja católica e apesar de funcionário do antigo Inamps (atuou no PAM do Garcia), seu trabalho como médico na cidade de Blumenau era essencialmente na iniciativa privada, pertencendo ao corpo clínico

do Hospital Santa Catarina e apresentando forte atuação corporativa, tanto na Unimed, como na Associação Médica de Blumenau, da qual foi presidente.

O programa de governo da “Viva Blumenau” para a área da saúde era denominado “Integrar para Somar: uma política de resgate social”, e apontava 24 compromissos, entre eles as Unidades Avançadas de Saúde, como porta de entrada do sistema; macro-ambulatórios em pontos estratégicos do município; programas de assistência odontológica; ambulâncias nos bairros, junto aos macro-ambulatórios; pronto socorro do Hospital Santo Antônio(HSA) assumido pelo poder público; construção de pronto socorro odontológico anexo ao HSA; gestionar junto ao governo federal a construção do Hospital Universitário; implantação do sistema de referência e contra-referência informatizado; estabelecer convênio com a FURB visando alocação de bolsistas para atuarem como agentes de saúde; estabelecer com os municípios da região e com o curso de medicina da FURB um projeto integrado que contemple a formação de médicos generalistas ou especialistas em medicina comunitária; etc.(Blumenau, 1994a).

Caminha assume a secretaria com o apoio dos conselheiros do CMS de Blumenau, já que durante o ano de 1992 foi conselheiro municipal de saúde representando exatamente a Associação Médica de Blumenau. Castellain se refere a esse processo: “Primeiramente o Conselho interferiu, ele era conselheiro de saúde. Representava a Associação Médica. Nós pedimos que o Renato Vianna o aceitasse, como Secretario de Saúde” (Entrevista com Amândio Castellain em 05/05/2002).

Castellain relata que, um pouco depois, toda a expectativa se transformaria em decepção: “(...)E pra mim foi uma grande decepção.(...)porque o Mota enquanto procurava ver as coisas descentralizadas e dividia o poder conosco, (...) o Caminha centraliza.(...), aquilo que o Mota nos deu, o Caminha tirou” (Entrevista com Amândio Castellain em 05/05/2002).

Foram realizadas, no ano de 1993, doze reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde de Blumenau, sendo que uma, a de 10 de março foi aberta e encerrada porque o presidente não compareceu a mesma. Nas demais onze reuniões discutiu-se, novamente, temas do ano anterior que estavam pendentes, tais como a contratação de serviços de diagnose e de internação com prestadores

privados, alguns por tabela diferenciada, entre eles o convênio para a internação de alcoolistas e drogaditos no Hospital Santa Catarina e a questão da construção do Instituto Médico Legal.

O Secretário Caminha trabalhava em cima de marcas e neste ano lança o Projeto Sanear englobando todas as iniciativas que visam o saneamento básico em Blumenau e na mesma reunião, pela primeira vez, faz menção àquele que será um dos grandes projetos, talvez o maior, da sua gestão, o Projeto FAISCA, ou seja, Fórum permanente de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente¹², que “engloba uma série de programas e provoca a integração de diversos órgãos de administração pública, que buscam atender o princípio da cidadania e de melhoria da qualidade de vida para o ser humano, desde sua geração no ventre materno até a idade adulta” (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 08/09/93).

Na reunião de agosto, o secretário expôs o desejo e a necessidade de se convocar a 1ª Conferência Municipal de Saúde a qual foi aprovada de forma unânime, sendo marcada inicialmente para o período de 28 a 30 de outubro de 1993 (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 04/08/93), mais tarde seria remarcada para março do ano seguinte (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 06/10/93).

Também no ano de 1993, objetivando, entre outros, melhorias nas condições de saúde e ambiente do trabalho e fazer valer a Lei Orgânica da Saúde, os sindicatos de trabalhadores de Blumenau, organizam o Conselho Intersindical de Saúde e Ambiente de Trabalho (CISAT) que será presidido por Amândio Castellain e irá congregar no início 12 sindicatos de trabalhadores de Blumenau e região (Ata da Assembléia Geral do CISAT, realizada em 14/08/1993; CISAT, 1993). O CISAT realizará o 1º Encontro Regional de Saúde do Trabalhador e terá um papel decisivo na apresentação e aprovação de uma proposta de implantação do Programa de Saúde do Trabalhador na Secretaria Municipal de Saúde, bem como nos enfrentamentos da representação dos sindicatos de trabalhadores dentro do CMS, em defesa dos princípios e diretrizes do SUS.

¹² Mais tarde o nome seria modificado para Fórum permanente de Atenção Integrada à Saúde da Criança e do Adolescente.

E neste ano, em pelos menos duas oportunidades, fica visível, ideologicamente, a quem pertencia à hegemonia no CMS.

Na primeira, na reunião ordinária de dois de junho, é apresentada uma proposta do Hospital Santa Isabel, solicitando recursos de nove mil dólares para a aquisição de equipamento de medicina nuclear, condicionando o pagamento do mesmo a um número pré-estabelecido de exames. Surge a proposta, por parte de um conselheiro, representante do segmento dos profissionais de saúde, de que o recurso fosse simplesmente doado. O representante dos sindicatos dos trabalhadores de Blumenau, Castellain, se posiciona de forma contrária a esta proposta, porque entende que não se deve “doar dinheiro público a Instituições Privadas”. Com o apoio do Secretário Municipal de Saúde, vence a proposta da doação dos recursos para o Hospital Santa Isabel (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 02/06/93).

É interessante notar que, a melhoria de serviços privados, envolve os centros de poder e as elites médicas, apresentando uma maior densidade tecnológica com procedimentos de alto custo.

A esse respeito, Mendes (1995b, p. 60-1) diz:

(...)este subsistema [o da atenção médica supletiva], de um lado, dificilmente cobre os procedimentos de alto custo e, de outro, abriga, em seu interior, os grupos sociais com potência de vocalização política que propugnam por essa atenção de alto custo, que por sua vez, deverá, conseqüentemente ser ofertada pelo Estado... O subsistema de alta tecnologia, para atender entre 2 a 3% da população (entre 3 a 4,5 milhões de brasileiros) consome mais de 30% dos recursos públicos do SUS, porcentagem em franco crescimento.

O financiamento desse tipo de atendimento é feito basicamente pelo Estado através do SUS, ou através de fundos de previdência das grandes empresas estatais, que também são subsidiadas pelo Estado (Mendes, 1995b).

Assim o modelo neoliberal sobrevive com diferentes fontes de financiamento, considerando que o porcentual de pessoas que teria renda suficiente para custear o seu próprio atendimento é uma parcela muito pequena da população.

Numa segunda oportunidade, na reunião ordinária de seis de outubro, o representante dos sindicatos dos trabalhadores, Castellain, trouxe para discussão

a atitude tomada pelo Prefeito Municipal, de mover uma ação jurídica para retirar 19 famílias que residiam no Horto Florestal, atendendo “ao interesse de elites que moram ali perto”. Castellain sugere que se solicite uma prorrogação da permanência das famílias, com o objetivo de se encontrar um local adequado para as mesmas e questiona como o CMS se posiciona nesta questão. Após a polêmica gerada o representante dos Clubes de Serviços da cidade, propõe que o Conselho “não deveria resolver este assunto, visto que já foi discutido por outros órgãos competentes”. Em seguida foi colocado em votação se haveria ou não manifestação do CMS a cerca do assunto e foi aprovada a última proposta, o que viria a gerar, nos dias seguintes, a realização de um abaixo-assinado, por parte de diversas entidades progressistas da cidade, mostrando sua indignação e repudiando a atitude do Conselho (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 06/10/93).

A corajosa manifestação das entidades populares contra a discriminação nos lembrou de Freire (1996, p.67) para quem “qualquer discriminação é imoral e lutar contra ela é um dever por mais que se reconheça a força dos condicionamentos a enfrentar.”

A situação exposta acima poderia perfeitamente simbolizar um dos efeitos da globalização sobre a cidade, já que a mesma configura-se pela característica do espaço hierarquizado, especialmente o urbano. A globalização territorial e de mercado tem permitido que o capital exerça a ação global sobre o local, promovendo a desterritorialização e reterritorialização dos espaços. Conforme Santos (1996, p.273), “cada lugar é ao mesmo tempo objeto de uma razão global e de uma razão local, convivendo dialeticamente”.

Caminha, ao contrário de seu antecessor, terá uma importante participação nos colegiados de secretários municipais de saúde. No ano de 93 assume a presidência da ASSESC, que na sua gestão modificaria seu nome para COSEMS-SC, ficando no cargo até já não ser mais secretário municipal de saúde, no início de 1997. Também no CONASEMS, Caminha terá atuação destacada, sendo eleito em julho de 93, em Curitiba, no IX Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Vice-Presidente da região sul, cargo que ocuparia até o final

de sua gestão em 1996 e que lhe daria assento na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). .

Alguns fatos ocorridos nesse ano, a nível nacional, terão muita influência nos caminhos que a saúde pública trilharia em Blumenau nos anos seguintes.

Entre eles está o surgimento do “Documento da Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” (Andrade, 2001, p.44) que reafirma a necessidade de descentralizar os recursos e a gestão da saúde para os estados e os municípios, cumprindo a legislação do SUS, tendo sido seguido pela publicação, pelo Ministério da Saúde, em maio de 1993, da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/93 (NOB SUS/93). A NOB SUS/93 determina alteração significativa nos mecanismos de transferência de recursos federais aos municípios, que apresentava aos gestores municipais três formas de gestão: “incipiente, parcial e semiplena” (Almeida, Castro e Lisboa, 1998, p.9).

Um Plano Municipal de Saúde é elaborado para o ano de 1993 (Blumenau, 1993a) o qual repete a maioria das páginas do Plano de 1992, do final da gestão Newton Mota, realizando pequenas modificações nas diretrizes, mas se ampliando nos objetivos, nas diretrizes e nas prioridades e apontando as linhas mestras, do primeiro ano da gestão Caminha.

Quanto à questão das diretrizes, o documento de 1993 aponta, em termos de diferenciação com o de 92, para a utilização, também, das Unidades Sanitárias Avançadas no sistema de prevenção e educação em saúde e a integração das ações da Secretaria de Saúde com as demais secretarias da área social, ou seja, a de Ação Comunitária, a de Educação e a da Criança e do Adolescente.

Nos objetivos, o plano de 93, mantém a idéia da descentralização dos serviços de saúde, mas define que a mesma se daria por meio das Unidades Avançadas de Saúde e acrescenta o desejo de “implantar um adequado programa de prevenção e educação em saúde pública” (Blumenau, 1993a , p. 51).

Nas estratégias de ação, o Plano de 93, aponta algumas inovações em relação a 92. É digna de nota a proposta de ampliação do atendimento a população carente de Blumenau, através das Unidades Sanitárias Avançadas, com uma média de uma unidade sanitária para cada 3.000 habitantes das regiões carentes.

As principais prioridades apresentadas seriam, sem dúvida, as diversas construções, que compreenderiam desde os ambulatórios gerais nos bairros da Fortaleza, da Itoupava Central e da Itoupavazinha, cada um com 275 m² de área, com mais uma unidade odontológica com 110m², com capacidade para quatro equipamentos; trinta Unidades Sanitárias Avançadas, de 90m², que serviriam de elo de conexão entre a população e o especialista; o Ambulatório Central de Referência, na rua Itajaí; o ambulatório odontológico da Velha Central, com capacidade para dez consultórios; um laboratório para atendimento em saúde pública, centro de referência em saúde do trabalhador, oficina de saneamento básico, bem como a continuação da obra de ampliação do Hospital Santo Antônio, com área de 10.490m² e a reforma de 3.721 m², é importante recordar que algumas dessas obras já eram elencadas no Plano do secretário Mota.

Além disso, previa a criação de Pronto Socorro Municipal e a implantação de 04 unidades de saúde bucal, nos ambulatórios gerais existentes; do Pronto Socorro Odontológico no Hospital Santo Antônio e do Programa de Saúde Mental.

Chama a atenção, a preocupação estruturante, digamos assim, em aumentar a área construída existente, como também chama a atenção a disposição de construir trinta Unidades Avançadas de Saúde, que contariam com médico e com auxiliar de enfermagem e que passariam a ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, no município, o que contraria frontalmente a posição do secretário anterior que defendia a existência de unidades maiores (ambulatórios gerais), em menor número mas, com maior resolutividade.

Estaria se tentando, no novo governo do PMDB¹³, um retorno, aos serviços médicos espalhados pelos antigos centros sociais, que caracterizaram a área da saúde pública municipal nos 19 anos em que o partido anteriormente governou a cidade?

Obviamente agora o contexto era diferente, parece sim, que havia uma preocupação em hierarquizar e aumentar a oferta de serviços, no caso das UAS,

¹³ Os integrantes do PSDB, partido ao qual é filiado o secretário Caminha, também eram oriundos, na sua maioria, do P(MDB).

especificamente médicos, entretanto, sem haver ainda, uma preocupação com a mudança na produção das ações de saúde.

Poderia estar ocorrendo, de forma tardia, aquilo que Campos (1997, p.92) expõe, ao se referir ao processo de descentralização, ocorrido no Brasil na década de 80: “inegavelmente, a principal mudança no modelo assistencial brasileiro, durante a década de 80, foi o crescimento dos serviços públicos municipais, particularmente por meio do incremento da atenção básica”.

De forma paralela, a esta análise inicial, é necessário fazer outra, com os olhares para um contexto maior. Esta proposta da Secretaria Municipal de Saúde, de construir as Unidades Avançadas de Saúde, nas regiões carentes, de risco social ou, em “bolsões comunitários de população de baixa renda” (Blumenau, 1993b, p. 41), portanto de forma focalizada, vai de encontro ao que coloca Draibe (1993) a cerca das estratégias utilizadas pela ideologia dominante, a neoliberal, que advoga a privatização, a focalização e a descentralização.

De acordo com Draibe (1993, p. 86-100) as políticas sociais preconizadas pelo neoliberalismo confirmam “tendências profundas e advogam transformações sociais e políticas (...) que não podem ser descartadas sem maior reflexão”. Principalmente pelas dificuldades de “identificação das proposições neoliberais em matéria de política social”.

Usando agora as palavras de Assis (1998, p. 37)

Noutros termos, o neoliberalismo vem integrando proposta em nível discursivo de concepção universalista de políticas sociais, que no plano prático, tem confirmado mudanças nos modos de produzir e distribuir os bens e serviços, numa lógica privada com mecanismos ágeis e eficientes em atender as demandas aptas a se inserirem em alguma forma privada de produção de serviços.

A descentralização objetiva o aumento das possibilidades de interação, no nível local, como um modo de aumentar a eficiência e a eficácia do gasto dos recursos públicos e não governamentais das atividades sociais (Assis, 1998).

A focalização é o direcionamento do gasto social, aos setores considerados pobres da população, através de programas e públicos alvos específicos, selecionados pela sua maior necessidade e urgência (Assis, 1998).

Campos (1997) enfatiza que a implantação de políticas sociais, especificamente o SUS, só será possível na sua concretude, se houver uma contraposição ao projeto neoliberal, apontando para uma nova lógica na produção das ações de saúde.

Completa afirmando que a construção de uma nova hegemonia depende da criação de inúmeras situações que favoreçam a constituição de sujeitos sociais, capazes de explorar ao máximo as potencialidades de mudanças e respeitando os limites, os constrangimentos e as determinações histórico-estruturais de cada contexto (Campos, 1997).

Na realidade as conquistas sociais consagradas no texto constitucional de 1988, eliminando a contribuição previdenciária como condição para o acesso aos serviços públicos de saúde, provocam uma ruptura com o modelo corporativo do benefício como direito de quem paga a previdência social e viabiliza, ainda que limitada, uma redistribuição de recursos da população assalariada. Porém, ao mesmo tempo em que cresce o número de beneficiários do sistema público, os custos aumentam e a qualidade dos serviços despenca. A expansão da universalização dos serviços de saúde geraria um fenômeno que Faveret Filho e Oliveira (1990, p. 274) denominaram de “universalização excludente”:

Já no caso brasileiro podemos supor a existência de um processo de universalização excludente em que cada movimento de expansão universalizante do sistema é acompanhado de mecanismos de racionamento (queda na qualidade dos serviços, filas, etc.) que expulsam daquele diversos segmentos sociais.

(...) Dessa maneira, a universalização excludente assume, de modo não previsto pelos sanitaristas, pela via do racionamento, uma função redistributiva.

(...) Assim, a universalização no caso brasileiro, dadas as especificidades, parece estar assumindo a função não de incluir efetivamente todos os segmentos sociais na alçada do atendimento público de saúde, mas de garantir o atendimento aos setores mais carentes e resistentes aos mecanismos de racionamento.

Apesar da natureza redistributiva dos vários mecanismos do sistema público de saúde, o ideal universalizante-igualitário será sempre refém das desigualdades estruturais da sociedade brasileira assim como das várias limitações orçamentárias impostas ao pleno atendimento do Estado às necessidades da população.

O ano de 1993 chegava ao seu final com Blumenau possuindo 198 médicos atuando como profissionais liberais (Farfan, 1993) e dando sustentação ao subsistema de atenção médica supletiva, que segundo Mendes (1995a) detém a hegemonia do modelo neoliberal e que corresponderia a 22% da população total do país, número este que deveria ser um pouco maior em Blumenau, já que somente a Unimed possuía em torno de 55 mil usuários na cidade (na época algo em torno de 25% da população).

O ano de 1994 seria um ano muito importante para a saúde pública do município de Blumenau. É o ano da I Conferência Municipal de Saúde, da habilitação na gestão semiplena.

Neste ano, ocorrerão oito reuniões ordinárias e uma extraordinária do CMS e logo no início do ano, nos dias 9 e 10 de março ocorre em Brasília uma grande mobilização em defesa do SUS e Blumenau se fará presente com a presença de uma importante delegação, organizada pelos movimentos populares e que dará prestígio ao secretário Caminha.

“(...) teve um momento em que o SUS esteve a perigo(...)e nessa o Caminha (...)enquanto secretário se torna tal representante dos secretários do sul (...)e nessa balançada aí, de desestruturar o Sistema Único de Saúde, nós enchemos, aqui, dois ônibus de entidades populares e vamos a Brasília. Nós somos uma região do sul (...)muito bem servida, vamos dizer assim e que vai lá fazer a defesa de um sistema e que no meu imaginário, enquanto conselheiro, porque tinha uma política mais ampla, sabia que era de fundamental importância, porque o seu Caminha não leva ninguém.

(..)ele acha que nós temos que ir, mas ai ele chega assim: Amândio você garante as organizações e tal para ir nesse encontro. Não, pode deixar, (...)que isso aí, nós damos conta. E nós enchemos dois ônibus. (...) nós levamos a maior representatividade de entidades populares que nós tínhamos dentro dessa cidade. Ele colocou alguns servidores públicos, mas a grande maioria foi povão, foi o povão que foi lá, gente de associação de moradores, de sindicatos e das pastorais. (...)o que nós tínhamos dentro da cidade, nós levamos e pra fazer a defesa do SUS” (Entrevista com Amândio Castellain em 05/05/2002).

Em 25,26 e 27 de março ocorre a I Conferência Municipal de Saúde, tendo como tema “Promover Saúde, Promovendo Qualidade de vida” com a participação de 153 delegados e sendo precedida por cinco pré-conferências distritais.

Conforme Duarte da Silva (1997, p.12) “(...) na ótica da descentralização de democratização das ações de saúde, a Conferência definiu prioridades e metas

de saúde da população reconhecendo a realidade local, levantando problemas e ouvindo sugestões”.

De acordo com Carvalho e Santos (1995, p. 282) “as Conferências de Saúde, em cada esfera de governo, brotam deste princípio constitucional de valorização dos direitos do cidadão nas deliberações de governo, exercendo o controle social sobre o público e o privado”.

Afirmam ainda que (Carvalho e Santos, 1995, p. 282):

(...)as Conferências são o momento de ouvir a sociedade pronunciar-se sobre os problemas de saúde que mais a afligem, e oferecer propostas de solução para esses problemas. A partir das Conferências, e suas deliberações, os gestores do sistema de saúde estarão elaborando a política de saúde mais adequada para a construção de objetivos, metas e estratégias do SUS. As Conferências delineiam a política de saúde a ser desenvolvida pelos gestores. Elas têm caráter consultivo, de auscultação da sociedade.

As deliberações aprovadas na Conferência foram divididas em quatro áreas distintas (Blumenau, 1994b) e que seriam: a do controle social; a de recursos humanos; a de gerenciamento e a de financiamento.

Comprovando uma boa articulação do governo na I Conferência, muitas das propostas constantes do Plano Municipal de Saúde de 1993, foram legitimadas no evento, das quais podemos citar (Blumenau, 1994b):

- Ênfase aos programas permanentes de promoção de saúde preventiva;
- Descentralização dos serviços de ambulância;
- Conclusão da obra de ampliação do Hospital Santo António, a fim de ser implantado o novo Pronto Socorro e materno infantil, com acréscimo de aproximadamente 120 leitos;
- Instalação física para o Programa de Saúde Mental;
- Construção de uma oficina sanitária para a produção de fossas, filtros, etc;
- Ampliação do programa de escovação dental nas escolas e creches;
- Fiscalização na venda de alimentos cariogênicos nas escolas;

- Construção de um Pronto Socorro Odontológico, anexo ao Pronto Socorro Municipal;
- Ampliação de um laboratório para atendimento em Saúde Pública e exames de rotina da rede ambulatorial;
- Criação do Pronto Socorro Municipal no centro da cidade, aproveitando a nova construção do Hospital Santo Antônio;
- Criação de Unidades Avançadas de Saúde, em regiões com cerca de 4.000 habitantes e ampliação do horário de funcionamento dos existentes, até às 19:00 horas.

Diversas propostas novas, muitas de caráter estruturante do Sistema Único de Saúde, inclusive algumas, embora de forma tímida, já se direcionando para um novo modelo assistencial, foram aprovadas, dentre elas destacamos algumas que julgamos importantes e atuais (Blumenau, 1994b):

- Criação dos distritos sanitários, com independência financeira, vinculados à Secretaria de Saúde;
- Ampliação e manutenção do número de leitos hospitalares públicos em Blumenau;
- Instalação do programa de visitas domiciliares, com equipe multidisciplinar, com ênfase e identificação dos problemas no domicílio e com educação preventiva em saúde;
- Aumento do número de funcionários e profissionais de diversas áreas, formando uma equipe multidisciplinar, nos Ambulatórios Gerais e Unidades Avançadas de Saúde;
- Construção de um Centro de Referência Ambulatorial Especializado para atendimento secundário;
- Investimento na prevenção contra doenças, através de palestras feitas nas escolas e indústrias, com a participação das famílias;
- Maior divulgação dos serviços de saúde existentes no bairro;
- Cadastramento das pessoas que usam medicamentos de uso contínuo;

- Maior estruturação da Vigilância Sanitária, principalmente com veículos e sua respectiva manutenção;
- Exigência no cumprimento do horário de atendimento dos profissionais de saúde, nos ambulatórios;
- Criação de um Centro destinado a abrigar diversas entidades de deficientes e pacientes (Associação dos Diabéticos, Hemofílicos, Aidéticos, etc);
- Garantia para que o SUS forneça medicamentos, próteses e órteses a toda pessoa, visando sua reabilitação;
- Criação de canteiros para plantação de ervas medicinais, com o intuito de fitoterapia;
- Ampliação do conceito e da atuação do agente de saúde, como membro da comunidade atuando diretamente na mesma, como instrumento de conquistas sociais.

Finalmente é importante destacar o grande número de propostas envolvendo questões da intersetorialidade e mostrando a existência de uma consciência do conceito ampliado de saúde, das quais destacamos (Blumenau, 1994b):

- Revisão e atualização do Código de Posturas e Plano Diretor;
- Fiscalização rigorosa dos loteamentos novos antes de colocados à venda;
- Implantação obrigatória de áreas de lazer nos loteamentos;
- Agilização à liberação das áreas verdes por parte do poder público para as Associações de Moradores, evitando o desmatamento;
- Implantação de projetos e políticas habitacionais para famílias de baixa renda;
- Aproveitamento das nascentes naturais existentes no município;
- Estudo prévio da bacia pluvial para uma rede de esgoto adequada;
- Coleta seletiva do lixo em todos os bairros de Blumenau;

- Criação de uma usina de tratamento e reciclagem do lixo, com atenção ao lixo hospitalar;
- Criação de espaços para resgate das tradições da história dos bairros, através da participação da comunidade;
- Criação de áreas de lazer priorizando crianças e idosos, ampliando as praças de esportes, criando ciclovias, parques infantis;
- Ampliação do horário dos ônibus nos bairros, principalmente à noite e nos finais de semana;
- Maior rigor na disciplina do trânsito em Blumenau, para que sejam evitados acidentes com mutilados ou vítimas fatais;
- Construção e melhoria dos passeios públicos;
- Exigência no cumprimento rigoroso da existência de creches nos próprios locais de trabalho, nas empresas com mais de cem funcionários;
- Melhoria das atuais creches municipais e revisão do sistema de creche domiciliar.

Foram aprovadas, também, algumas moções, das quais vamos citar uma delas, dirigida à Câmara Municipal de Vereadores de Blumenau, para que seja elaborado Projeto de Lei aumentando a representatividade do Conselho Municipal de Saúde para 32 membros, num prazo de 90 dias, o que somente viria a se concretizar, após ser novamente deliberado, na 2ª Conferência Municipal de Saúde em 1996.

As deliberações da Conferência Municipal de saúde seriam incluídas no Plano Municipal de Saúde de 1994 (Blumenau, 1994a) e é sempre bom lembrar que, como afirmam Carvalho e Santos (1995, p. 288), “a autoridade e o agente administrativo que tenham consciência do que seja serviço público vêem, nas várias modalidades de controle social (mormente na sua expressão mais viva que é a participação da comunidade na condução do SUS), um valioso instrumento para a evolução e o aperfeiçoamento do sistema”.

Em 10 de maio, Blumenau torna-se o primeiro município de Santa Catarina e o oitavo do Brasil, a receber a aprovação de enquadramento, de acordo

com a NOB-SUS 01/93, na condição de gestão semiplena (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 29/06/94), sendo que esta forma de gestão passará a vigorar, na cidade, a partir de 10 de novembro do mesmo ano (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 26/10/94), após a publicação do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispõe “sobre as condições e a forma de repasse regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais e municipais e do Distrito Federal” (Andrade, 20001, p. 58) e que efetivou as habilitações nesta forma de gestão. Sendo assim, ocorreu um atraso, no processo de implantação da NOB 01/93, em mais de 15 meses.

Os três primeiros municípios que assumiram a condição de gestão semiplena, em Santa Catarina, por ordem de ingresso, foram respectivamente, Blumenau, Joinville e Jaraguá do Sul e “destacavam-se como municípios de características industriais, que representavam referência microrregional na área de saúde”, possuindo, os dois primeiros, população superior a 200 mil habitantes e o terceiro mais de 80 mil. “São municípios que possuem uma parte da população atendida por plano de saúde ou pelo serviço de saúde das próprias indústrias” (Ortiga, 1999, p. 20).

De acordo com Ortiga (1999, p.13) evidencia-se que a NOB 01/93 “estimulou o processo de descentralização, pois colocou o município na obrigação de cumprir os requisitos exigidos para poder receber os recursos financeiros” e a única maneira, de um município, receber a totalidade dos recursos do seu teto seria estar habilitado na gestão semiplena.

Se os municípios implantassem medidas com o objetivo de diminuir os gastos com internação hospitalar, os recursos economizados poderiam ser investidos em outras áreas do setor saúde. A definição ficaria a cargo do gestor municipal com o Conselho Municipal de Saúde, configurando-se dessa forma, o ingresso de novos atores na formulação de políticas locais. É provável, que em virtude desses fatos, o CONASEMS tenha pressionado o Ministério para que essa forma de gestão fosse efetivada (Ortiga, 1999).

Segundo Ortiga (1999, p. 106-07)

O processo de ingresso de Blumenau na gestão semiplena parece ter sido resultado da intenção positiva de um gestor atuante, com trânsito em instâncias setoriais, para a formulação da política de saúde (...), de uma conjuntura nacional favorável, da ausência de barreiras em nível local, e do interesse por recursos financeiros para assumir esta modalidade de gestão (...) Fica clara a importância que teve o Secretário da época em insistir com o ingresso nessa modalidade.(...) A possibilidade de um maior aporte de recursos aparece como um fator determinante (...)

Castellain fala a respeito dessa conjuntura política nacional favorável: “Veja bem, quando nós fomos a Brasília (...) para fazer passeata, isso ai deu para ele um respaldo, um prestígio muito grande, muito grande. Mas ao mesmo tempo essa coligação que existia aqui em Blumenau, PSDB e PMDB, ela teve muita influência nessa época, principalmente o PMDB, a nível nacional.” (Entrevista com Amândio Castellain em 05/05/2002).

Gilson Cândido¹⁴, na época, Diretor de Saúde, do Secretário Caminha, mostra bem, nas suas palavras, a importância que teve, o firme propósito do Secretário, de então, em levar Blumenau, para esta forma avançada de gestão, ao mesmo tempo em que reforça o caráter personalizado do fato:

“Olha a primeira vez que eu ouvir falar da gestão semiplena, foi numa reunião que o Caminha trouxe para a gente ler. Ele trouxe todos os papeis e eu levei para casa uma pasta daqueles papéis para ler sobre a gestão semiplena e ele já veio com a decisão de implantar (...) e aí a discussão de como formar, porque para implantar teria que ter os projetos, tinham condições prévias, tinha algumas coisas que estavam prontas, então nós corremos, um deles era o projeto plurianual, que era o plano de saúde. (...)isso aí em 94, a agente participou muito dessas coisas. O Caminha fez a maioria deles, e participamos de muitas coisas. Então primeiro foi a parte teórica, a implantação, o projeto. Depois, então, algumas foram andando na prática. Mas a decisão foi dele. Quando ele veio, ele veio já assim para implantar. Ele não veio para decidir opiniões com nós. E até confirma aquilo o que eu falei antes, ele tomava as decisões que eram boas na cabeça dele e realmente eram boas, mas ele não tocava, assim, em discussão, para ver a opinião de cada um, para depois se justificar. Nós tínhamos aqui esse projeto, nós vamos botar para frente. Vamos fazer isso, fazer aquilo e tal, fulano faz isso, fulano faz aquilo e (...), tinha que ter a assessoria jurídica junto, e bota todo mundo para pensar, colocar a coisa no papel e projetos e atacar todas as frentes pra poder deixar pronto o projeto de implantação da gestão semi-plena.” (Entrevista com Gilson Cândido, em 21/12/2001).

¹⁴ Gilson Cândido nasceu em Florianópolis, formou-se em medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina em 1978 e fez residência médica em pediatria no Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis e foi diretor de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau de 1993 a 1995.

No trabalho de dissertação de Ortiga, intitulado “Efeitos da municipalização no acesso e na integralidade dos serviços de saúde, Blumenau, SC (1994-1998)”, alguns entrevistados relatam a posição muito centralizadora e “extremamente autocrática do secretário. Trazia as notícias do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, e ‘é assim que tem que ser e pronto’. Não havia muita discussão, e não havia um embate político maior...” (Ortiga, 1999, p. 108).

O Secretário Mota tinha como prática ouvir sindicatos de trabalhadores e associações de moradores, nas palavras de Cândido:

“O Mota tinha, mas, que eu saiba, o Caminha não tinha.

Ele não escutava. Ele, digamos o seguinte, ele entendia que tinha necessidade naquela região, que alguém reclamou, porque tinha algum movimento ou porque tinha algum político. Politicamente alguém achava importante. Então daí, o projeto ia (...) não existiam projetos para chegar ao projeto dele, o pré - projeto não existia. Quer dizer o entendimento do bom ou do ruim era dele.

(...)pela própria personalidade do Caminha, na verdade ele não aceitava a oposição, a situação dele era assim, ele tinha um projeto ele achava que era bom. Não tinha o porque ser contra aquele projeto” (Entrevista com Gilson Cândido, em 21/12/2001).

O fato do Secretário Municipal de Saúde, ser também o Presidente do CMS, falicitava este comportamento:

“(...) ali era tranqüilo, porque na época o presidente do Conselho era o Secretario, então ele podia manipular, no bom sentido, todo os projetos. Acontecia. Ele conseguia convencer é lógico, porque se você é o presidente do Conselho e você tem um projeto, você faz as colocações que você quer, porque você tem todo tempo para convencer todo mundo. (...),você é o presidente, você dá mais ênfase ao seu projeto, (...) sendo o presidente era mais fácil” (Entrevista com Gilson Cândido, em 21/12/2001).

É interessante ver como Bobbio (1989, p. 55) relaciona mudanças institucionais com o Estado Democrático, fazendo um alerta de que a democratização do Estado pode conviver com instituições autoritárias: “(...)creio que se deve falar justamente de uma verdadeira reviravolta no desenvolvimento das instituições democráticas, reviravolta esta que pode ser sinteticamente

resumida numa fórmula do seguinte tipo: da democratização do estado à democratização da sociedade”.

Para Bobbio (1989, p. 55) existe uma diferença entre a democratização do Estado, que ocorreria com a instituição dos parlamentos e a democratização da sociedade, concluindo pela possibilidade de existência de um “Estado democrático numa sociedade em que a maior parte da suas instituições - da família à escola, da empresa à gestão dos serviços públicos – não são governadas democraticamente”.

De qualquer forma, Ortiga (1999, p.107-8) afirma que se pode questionar a democracia do processo, mas não seus benefícios:

O processo não foi, como seria previsível, algo vindo da ponta dos serviços. A descentralização surge como fato institucional, da esfera política administrativa (...) Os profissionais de saúde relatam que os serviços não participaram da escolha de entrar na gestão semiplena, (...) questiona-se o sentido democrático do processo de implantação, mas há unanimidade quanto aos seus benefícios.

Sendo assim, a gestão semiplena é apontada como uma modalidade que favoreceu a descentralização, sendo considerada, na curta história do SUS, como uma estratégia para a reorganização da atenção à saúde, alinhada com os princípios do mesmo e no caso específico de Blumenau, como nos fala Duarte da Silva (1997, p.13) “ampliou sobremaneira a autonomia do município, permitindo a transferência de recursos fundo a fundo e maior controle de gastos e investimentos”, mas de acordo com Ortiga (1999, p.107), a partir da habilitação nesta forma de gestão, em Blumenau, “notam-se mudanças nas relações de poder que começam a se delinear, com certo conflito com outras esferas, tais como Câmara de Vereadores, Secretaria Estadual de Saúde e prestadores de serviço”.

Em 29 de junho são empossados os novos conselheiros municipais de saúde, escolhidos na I Conferência que não modificou a nominata de entidades com representação no CMS, certamente porque isto convinha ao grupo no poder. Nesta reunião foi entregue, na íntegra, o Plano Municipal de Saúde de 1994 e ocorreu a primeira discussão a respeito de uma provável compra da Impressora Paranaense, com o intuito de transformá-la em um hospital, questão essa que

recebeu parecer favorável do CMS, mas que atravessaria o ano sem solução (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 29/06/94).

O Plano Municipal de Saúde de 1994 foi elaborado por uma equipe de técnicos da Secretaria e contou com a assessoria da administradora Ruth Acosta, mestre em Saúde Pública e Márcio Vieira Ângelo, médico sanitário, ex-secretário municipal de saúde de Itajaí e se constitui em um importante documento, com 353 páginas (com os anexos), que realiza um diagnóstico situacional e propõe um plano de ação para os anos restantes da gestão Caminha (Blumenau, 1994a).

O plano de ação trazia propostas avançadas. Pregava, por exemplo, a necessidade de se estabelecer a reorganização do sistema local de saúde, com a criação dos Distritos Sanitários necessários para a reorganização da atenção à saúde (Blumenau, 1994a), procurando fazer com que a saúde do município fugisse do modelo da inampsização, evoluindo para um modelo de distritalização. A proposta, de criação de dois distritos sanitários, o norte e o sul, foi incluída na Lei Complementar nº 132 (Blumenau, 1996d), de 18 de setembro de 1996, praticamente no “apagar das luzes” do governo do Prefeito Renato Vianna, porém sem estruturas definidas, quase de forma imaginária, como a linha que os separava, nunca chegariam a ser implantados:

(...) Art. 3º - Ficam criados os Distritos municipais de Saúde Norte e Sul cujo limite será constituído por uma linha imaginária que se inicia a oeste no ponto onde o Rio Itajaí cruza com a divisa dos Municípios de Blumenau e Indaial e segue através do leito do Rio Itajaí na direção leste até a foz do Ribeirão Fortaleza, continuando-se no sentido leste pela linha divisória dos bairros Ponta Aguda a Fortaleza até o ponto em que esta linha intercepta a divisa entre os Municípios de Blumenau e Gaspar.(Blumenau, 1996d).

O plano de ação falava, também, na necessidade de adequação da estrutura organizacional ao modelo assistencial, já que a conquista da gestão semiplena imporia a existência da correspondente capacidade administrativa para responder a ampliação das responsabilidades (Blumenau, 1994a).

Duarte da Silva (1997), afirma que necessário se fazia uma reestruturação organizacional profunda que conseguisse efetivar a gestão municipal de saúde. Tal processo dependeria de uma ampla reforma administrativa, inclusive com a proposta, apresentada mais tarde, de criação de uma Fundação Municipal de

Saúde (Blumenau, 1995c), que, o Secretário Caminha, não conseguirá viabilizar por falta de apoio político na Câmara de Vereadores, lhe faltará, para usar uma expressão de Matus (1996, 1997), governabilidade.

O máximo que se conseguirá, em termos de organograma, será a existência de mais um cargo de diretor, além dos dois já existentes (administrativo e de saúde), que seria destinado aos programas de saúde, porém, informalmente, seria ocupado por um diretor financeiro. Os cinco cargos de chefes de divisão existentes seriam ocupados pela divisão de contratos e convênios, de serviços especiais de saúde (odontologia), serviços auxiliares em saúde (setores de enfermagem, de nutrição e educação em saúde), vigilância à saúde e vigilância sanitária (Blumenau, 1994d), além de um cargo de coordenador técnico para a direção da Casa São Simeão, o que estava muito distante do mínimo necessário.

Uma terceira proposta seria a garantia da atenção hospitalar através do SUS com a imposição da municipalização do Hospital Santo Antônio, como condição da diretriz de atenção integral à saúde. Outras propostas seriam a criação de Comissões Locais de Saúde, como forma aprimorar a participação social e a democratização da gestão; a formulação de um plano plurianual de saúde, de caráter participativo e ascendente; valorização e preparação dos trabalhadores de saúde, através de projetos específicos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos (Blumenau, 1994a). Nenhuma dessas propostas (conseqüentes e oportunas, diga-se de passagem), conseguiu avanços significativos, algumas nem saíram do papel, em todas houve falta de governabilidade e em poucas falta de capacidade de governo (Matus, 1996, 1997).

Somente a proposta referente à vigilância a saúde da população (Blumenau, 1994a), que envolveria o Projeto Faísca, que seria implantado parcialmente e o Programa de Saúde da Família, que não consta do plano, mas cujo convênio, para implantação, foi assinado em abril de 1994, obteve algum sucesso.

Quanto às linhas de ação, as mesmas seriam uma repetição das prioridades do Plano de 93, das 21 linhas de ação do Plano de 94 (Blumenau, 1994a), 19 são prioridades do Plano de 93 (Blumenau, 1993a) e algumas por sua vez, já faziam parte do Plano de 1992, do Secretário Mota (Blumenau, 1992a).

Como novidades, nas linhas de ação, tínhamos a implantação da farmácia cidadã, que logo seria realidade e o 2º Centro de Referência de Especialidades, que seria localizado no ambulatório da FURB, através de convênio (Blumenau, 1994a), o qual se tornaria concreto, mas, sendo administrado pela Universidade Regional manteria sempre, uma grande autonomia em relação ao comando único do gestor municipal.

Na reunião ordinária do CMS de 10 de agosto surgiram em discussão as denúncias, veiculadas na imprensa, de cobranças de taxas no Hospital Santo Antônio, da população usuária do SUS. As taxas de contribuição foram criadas administrativamente e revertiam para o próprio HSA. A atitude do Secretário foi de coerência com os princípios e diretrizes do SUS, no sentido de condenar e baixando a Portaria nº 12/94, proibir a cobrança de qualquer tipo de taxa (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 10/08/94).

Porém, na reunião seguinte, uma semana após, em 17 de agosto é relatado, pela representante das instituições hospitalares que, outro hospital, desta vez o Santa Isabel, em reunião com o Prefeito Municipal e a imprensa, no dia 12 de agosto, “ficou resolvido que os casos que não se caracterizam como emergência e urgência, nos pronto-socorros podem ser cobrados” (Ata da reunião extraordinária do CMS de Blumenau realizada em 17/08/94).

Embora, certamente não fosse esta a vontade do Secretário, não há como negar o peso político das instituições hospitalares, em Blumenau. Aqui se feriu, aquilo que para Campos (1997, p.50), seria a única regra clara, nos termos de contrato (considerados bastante liberais) entre o SUS e os serviços privados: “(...) Não há definição de medidas concretas para a defesa dos pacientes, exceto no que se refere à gratuidade e ao acesso universal”.

Ficava claro que, muitas vezes, os hospitais privados e filantrópicos em convênio com o SUS, mantêm uma prática mercantilista, representando interesses de determinadas corporações profissionais e de empresas médicas, “havendo uma recomposição do liberalismo clássico com a criação de uma nova forma de produção, diferente daquela que encontramos em alguns serviços públicos, onde não há assalariamento dos agentes produtores de serviço” (Campos, 1997, p. 63).

Cabe aqui perfeitamente a colocação de Moura (1989, p.20) ao analisar a conquista do direito à saúde: “(...)a manutenção do direito consagrado em Lei escrita, exige, também, vigilância contínua das pessoas contra os inimigos que conspiram e pretendem usurpar um poder de agir arduamente conquistado”.

Neste momento a rede pública municipal contava com oito Unidades Avançadas de Saúde (seria inaugurada a nona UAS, no morro da Nova Esperança), 6 Ambulatórios Gerais (AG), sendo que um deles, o da Vila Itoupava, não poderia ser considerado como tal, pois além do espaço físico reduzido, dentro da Intendência do Distrito, não possuía serviço de ginecologia e obstetrícia, condição necessária, pelos planos, para ser considerado AG, situação que também se aplica ao serviço existente dentro do Paço Municipal e denominado ambulatório Central. Além disso, havia atendimentos, de pediatria em mais de 30 locais do município, na sua maioria creches (unidades pré-escolares), de clínica médica em mais seis locais (3 em creches e um em escola), de ginecologia na Rede Feminina de Combate ao Câncer (Blumenau, 1994d). Como já acontecia, em outros tempos, nestes locais os médicos atuavam em torno de dois dias por semana, trabalhando em mais de um local.

Encontrava-se também sob controle do gestor municipal, o antigo Centro de Saúde da rua Itajaí, chamado agora de Unidade Sanitária de Blumenau e o PAM do Centro.

Por uma questão de justiça, é importante registrar que o número de consultas médicas ambulatoriais, que em 1991 atingiu o patamar de 141.697 consultas, com uma média de 11.808 consultas/mês (Blumenau, 1992), em 1994, alcançaria um total de 228.091 consultas, com uma média mensal de 19.007 consultas (Blumenau, 1994d), o que significaria um incremento de 60,96% de oferta de consultas médicas ambulatoriais, nos serviços públicos sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau.

Os anos de 1995 e de 1996 foram aqueles em que ocorreu o menor número de reuniões do CMS de Blumenau. Foram somente sete reuniões ordinárias em 95 e oito em 96.

Na reunião ordinária do CMS de 16 de março de 1995 criticou-se as declarações, veiculadas em órgãos de imprensa, dos representantes da

Associação Médica de Blumenau e das Instituições Hospitalares contrárias a compra do prédio da Imprensa Paranaense, o qual se objetivava transformar em um hospital público. As representações dos Sindicatos de Trabalhadores e das Associações de Moradores de Blumenau se tornaram solidárias ao Secretário Municipal de Saúde e repudiaram a atitude (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 16/03/95). Na reunião seguinte, em primeiro de junho de 1995, a representação da Associação Médica colocou que nunca foi contra a compra do referido prédio e sim questionou o projeto e o orçamento, “pois é função do Conselho questionar e um pouco mais adiante completaria, pois um médico não pode ser contrário ao aumento do número de leitos, porém era seu dever questionar” (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 01/06/95). De qualquer forma, a compra do prédio da Imprensa Paranaense, movimento que contou inclusive com a convocação dos delegados da I Conferência Municipal, para que os mesmos se manifestassem favoravelmente ou não, seria definitivamente arquivada e o sonho de um hospital público em Blumenau ficava adiado indefinidamente, pois conforme colocou, com muita propriedade o Conselheiro Castellain, ao questionar a forma de contrato, duvidando que o Hospital Santo Antônio (HSA) realmente fosse um hospital público (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 16/03/95), posição que mais tarde seria reforçada, com a declaração da empresa de consultoria hospitalar, contratada para realizar avaliação, planejamento e organização do HSA, de que “no Hospital existem várias pequenas empresas” (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 23/05/96).

Mais tarde em outra reunião, Castellain ao realizar comentários a respeito da convocação da II Conferência Municipal de Saúde, dizendo que a mesma tem poder deliberativo, porém é preciso saber o que é constitucional ou não, exemplificando, volta a falar no episódio da tentativa da compra do prédio:

(...) ao se convocar os conferencistas, para discutir a compra do prédio da Imprensa Paranaense, estes conferencistas, a princípio, queriam terminar o Hospital Santo Antônio, porém quando perceberam que isto não era viável, optaram pela compra do prédio, mas não conseguiram seu intento, porque o governo não é inteiramente democrático (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 20/03/96).

Já se fazia sentir a mobilização da comunidade no sentido de tentar participar das decisões governamentais e de exprimir suas reivindicações, mas ainda estava distante, “o estágio (...) em que o Estado presta contas à Sociedade, ouvindo-a, voltando atrás quando as decisões são tomadas em descompasso com o interesse coletivo” (Carvalho e Santos, 1995, p. 277).

Neste período houve o lançamento oficial do Projeto FAISCA (Fórum permanente de Atenção Integrada à Saúde da Criança e do Adolescente). O referido projeto objetivava ser:

(...) um programa de mudança de mentalidade em termos do que vivemos até hoje em saúde, em educação, em formação profissional. (...) teria três fases distintas. A primeira fase que compreende desde o momento em que a criança é gerada até o momento em que ela entra na escola e começa a ter sua formação educacional. Depois, a partir deste momento até os dezoito anos de idade, e, a partir daí, a terceira fase, do adulto consciente, do adulto que se engaja inclusive no próprio projeto (Blumenau, 1993c, p. 5).

Pela proposta o Projeto incluiria alguns programas já existentes e previa a criação de outros. Na primeira fase o Projeto englobaria a detecção e o acompanhamento da gestante; o monitoramento da mortalidade infantil, através do SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos); a Carteira da Cidadania; o Projeto Banco de Leite; a introdução da disciplina de filosofia no currículo escolar desde o 1º ano do I grau; o Projeto Sorriso; o Projeto Fantoche; o Criança Forte e a educação em saúde como suporte de todo o projeto (Blumenau, 1993c, p. 5-8).

Na segunda fase, que iria até os 18 anos de idade, havia a previsão da manutenção do Projeto Sorriso, atividades comunitárias, domingos de lazer, passeios ecológicos, utilização da técnica de dinâmica participativa nas atividades escolares e comunitárias, ampliação do Programa de Saúde do Adolescente, participação em sessões do poder Legislativo, cursos profissionalizantes, criação do Agente de Saúde Júnior (Blumenau, 1993c, p. 6-8).

Em uma terceira fase teríamos “o adulto engajado na sociedade, vivenciando e aperfeiçoando no dia a dia a experiência do exercício da cidadania, tendo uma consciência clara de seus direitos e deveres para com a sociedade,

acima de seus interesses individuais e levando em conta o interesse coletivo” (Blumenau, 1993c, p. 9).

Segundo Ortiga (1999, p.119):

O projeto do Fórum de Atenção Integral da Saúde da Criança e do Adolescente – FAISCA, integrado com a Secretaria de Ação Comunitária, na época, foi previsto haver um rodízio da coordenação, mas acabou ficando somente com a saúde. Nesse projeto o médico visita as escolas. O projeto tinha o objetivo de integrar a criança nessas áreas. Dentro do projeto, estava o Agente Comunitário de Saúde Mirim¹⁵. Observa-se que não há concordância entre os atores em relação ao projeto, alguns o apontam como o grande feito da gestão e outros o consideram como um projeto velho com uma vestimenta nova.

Um dos entrevistados de Ortiga (1999, p. 119) coloca que “(...) foi o carro chefe da secretaria. E então, tudo o que ficava vinculado a ele dava notícia, mas era uma coisa artificial, pois era um simples programa de puericultura. Era a junção de vários grupos de trabalhos já existentes, para formar um grande projeto”.

A face mais visível do Projeto FAISCA foi o Agente Comunitário de Saúde Júnior. Eram adolescentes, de 14 a 18 anos incompletos, que recebiam auxílio-bolsa da Promenor, além de uma cesta básica de alimentos e atuavam quatro horas diárias nas equipes de saúde da família, da comunidade onde residiam, em número de 12 (Duarte da Silva, 1997, p. 14) a 16 (Bertoncini, 2000, p. 58) por equipe.

Ortiga (1999, p.119) também fala que “com relação ao programa de agentes comunitários mirim, também não havia consenso. Alguns consideram que foi regular e abriu espaço de educação para muitas crianças marginalizadas, dando oportunidade de trabalho, juntando necessidades de saúde com problemas da cidade, mas, do ponto de vista técnico, muito questionável”.

No mês de junho, mas exatamente, no dia 9 é sancionada, pelo Prefeito Renato Vianna, a Lei Complementar nº 84 que instituiu o Código de Saúde do Município de Blumenau (Blumenau, 1995b), o qual ainda encontra em vigor.

¹⁵ Na realidade a autora desejou se referir ao Agente Comunitário Júnior, já que o Agente Comunitário Mirim, apesar de proposto, nunca foi implantado.

O Código de Saúde do município é um documento sanitário, bastante completo, que apresenta 37 capítulos que, estabelecem desde a metodologia a ser utilizada nas ações de vigilância à saúde e de promoção até as penalidades a serem aplicadas em caso de infração sanitária, capítulos estes que se encontram agrupados em nove títulos, que respectivamente são (Blumenau, 1995b):

- Disposições gerais;
- Ações de promoção e preservação da saúde;
- Estabelecimentos de serviços de saúde;
- Programas de saúde;
- Ações de promoção e preservação da saúde ambiental;
- Estabelecimentos de interesse à saúde;
- Inspeção industrial e sanitária de produtos de origem animal;
- Infrações sanitárias – Penalidades;
- Procedimentos administrativos das infrações de natureza sanitária.

Este Código legitimou as atuações da vigilância sanitária, da vigilância epidemiológica e da saúde do trabalhador, no município de Blumenau, aqueles que no entender de Carvalho e Santos (1995, p.74) são “os três campos onde cabe ao SUS executar ações verdadeiramente abrangentes e complexas para a proteção, defesa, promoção, prevenção, preservação e recuperação da saúde, individual e coletiva”.

Na reunião ordinária do CMS de 20 de setembro de 1995 surgem comentários, por parte de conselheiro Scholemberg, que representava usuários portadores de deficiências (ABLUDEF) e também era vereador municipal de oposição, de que o Conselho Municipal de Saúde é um “mero homologador daquilo que a Secretaria de Saúde delibera e põe em prática e as competências dos conselheiros estão deixando de ser executadas e exercidas na sua plenitude”. Estas afirmações foram rebatidas pelo presidente que afirmou que “em alguns casos a Secretaria concordou com o Conselho e voltou atrás em suas decisões” (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 20/09/95).

Na continuidade da reunião o conselheiro Castellain, representante dos Sindicatos de Trabalhadores, lamentou que o Conselho Fiscal do CMS “se atenha

apenas a apresentação técnica das contas sem verificar realmente as licitações e os superfaturamentos que acontecem, o que deixou o Secretário de Saúde em má situação perante a Câmara de Vereadores”.

O Presidente explicou que o Conselho “não possui uma estrutura para esta verificação, (...) pois não é possível que o Conselho possa ter em mãos o controle de todos os gastos (...) e sugeriu, como solução, passar na Câmara uma lei que permita com que a Prefeitura Municipal criasse uma rubrica para dar recursos ao Conselho para contratar uma auditoria fiscal.” (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 20/09/95)

O conselheiro Castellain admoestou o Presidente, dizendo que:

O Conselho entende que é de caráter popular e sem remuneração, tendo assim obrigação de ter tempo para verificar as contas ou então se cala, ou as pessoas que assumem a função têm tempo ou coloca-se na Ata: o Conselho não tem tempo para verificar as contas e tal e não aprova. Ou as pessoas vão ser eleitas para ser Conselho Popular e não remunerado ou não é Conselho. Isto é uma conquista da sociedade, é democracia, é participação, ou as pessoas participam para dar opinião, querer que as coisas tenham ética, moral ou caso contrário, se não tem tempo, que se retirem (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 20/09/95).

A continuidade da Ata nos mostra que o presidente “perguntou ao Sr. Amândio se ele sabia analisar um balanço, se um concorrente está dentro da Lei 8.666 e continuou dizendo que duvidava que qualquer um dos presentes pudesse fazê-lo, porque a Câmara também contrata pessoas especializadas para verificar as contas” (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 20/09/95).

São válidas aqui as palavras de Daron (2001, p.103) de que:

(...)O processo de confronto e disputa de hegemonia exige qualidade nas ações e especialmente a mobilização popular permanente para conquistar, manter ou qualificar a hegemonia popular, evitando que o Estado se ‘coisifique’ e se absolutize, caso contrário, corre-se o risco de aparelhamentos ou de acomodação popular.

(...) Requer a rejeição de qualquer imposição, sonegação de informações, castração da liberdade, mentiras, paternalismo, arrogância, discursismo ou autoritarismo, muitas vezes utilizados em nome da libertação.

Entendemos que para consolidar o SUS é preciso também garantir Conselhos deliberativos e fiscalizadores, com uma radicalidade apaixonada. Como coloca, mais uma vez, Daron (2001, p.103): “(...)É preciso ter consciência de que o controle social e a participação popular sempre são aprendizado recente e diferente. O Conselho é exercício de poder e é necessário exercer de forma coletiva e organizada o poder decisório. Para isso é fundamental ter recursos materiais, sede, estrutura, conhecimento e apoio político”.

Outras denúncias surgiriam e a Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau seria palco de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) formada com o objetivo de apurar os fatos, muitos dos quais o próprio Secretário trouxe a público. Estes fatos parecerem ter ocorrido num momento em que setores da coligação Viva Blumenau estariam descontentes com o Secretário Caminha que, teve que passar pelo constrangimento de ver declaração, no Jornal de Santa Catarina, do ex-secretário de saúde, irmão do Prefeito e agora Vereador de situação, Fernando Vianna, de que o atual “Secretário de Saúde era um réu confesso”, o que no entender do representante das Associações de Moradores, conselheiro Klabunde, “tem caráter político, partidário e eleitoreiro, além de incoerente, pois o mesmo vereador, havia anteriormente pedido o arquivamento da CPI da saúde” (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 06/12/95). Na realidade a afirmação do ex-secretário, demonstrava uma quebra no bloco político que se encontrava no poder em Blumenau, esta ameaça de ruptura de setores do PMDB com setores do PSDB teve seu início no estremecimento das relações entre o Prefeito Renato Vianna e seu Vice Vilson de Souza e aqui especificamente no caso da saúde trazia outras implicações, envolvendo outros interesses, pois inclusive o Diretor de Saúde da Secretaria, teoricamente o segundo na hierarquia, Gilson Candido, havia sido indicado por Fernando Vianna.

Um outro grande momento da gestão do Secretário Caminha foi à introdução, em Blumenau, do Programa de Saúde da Família (PSF), cujos primeiros convênios para implantação, em municípios do estado de Santa Catarina, aí incluído Blumenau, com o convênio nº 790/94, foram assinados em abril de 1994.

Como nos fala Paim (2001, p. 144):

A formulação e implantação do PSF, nos seus primeiros anos de existência, suscitou inquietações e críticas diversas. De um lado, a preocupação com a tentativa de ressurreição do médico de família, não só pelo conteúdo ideológico que conformava a proposta subordinada ao movimento nos EUA, mas também pelo seu potencial anacronismo face a complexidade tecnológica da medicina moderna e às formas hegemônicas da prática médica, seja no setor público, seja no privado. Do outro lado, a possibilidade de que tal programa expresse políticas de focalização propostas pelo Banco Mundial e outros organismos internacionais, caracterizando “pacotes básicos” de atenção médica para pobres, contraditórios aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, ampliava a suspeição contra o PSF. (Grifo do autor).

O PSF teve seu início na nossa cidade em agosto de 1995, com sua implantação em duas unidades com duas equipes de profissionais da própria rede, sendo cada equipe constituída por um enfermeiro, um médico, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde júnior (Bertoncini, 2000). As equipes atuavam no bairro da Velha Grande e no bairro Itoupavazinha (Duarte da Silva, 1997).

De acordo com Bertoncini (2000, p. 58), as equipes de PSF foram implantadas inicialmente em áreas de ocupação clandestina e/ou risco e sujeitas a enchentes, erosão e desabamentos, cadastradas pela Secretaria de Ação Comunitária como “bolsões de pobreza”, constituída basicamente por migrantes.

Em outro trabalho, Bertoncini e Blank (1999, p.281-2) aprofundam esta questão:

Com o processo acelerado de urbanização e industrialização que a cidade sofreu nos últimos anos, ocorreu uma expansão de atividades nos setores secundário e terciário, atraindo assim mão de obra desqualificada ou semi-especializada oriundos, principalmente do centro-oeste do Estado e sudoeste do Paraná. Esses migrantes encontram algum tipo de emprego (as mulheres de doméstica e os homens na construção civil), mas seu baixo poder aquisitivo, associado ao aumento de preços dos terrenos com infra-estrutura, leva-os à ocupações clandestinas em áreas de preservação ou de risco, sujeitas a enchentes, erosão e desabamentos. Surgem assim, áreas de favelização penduradas e escondidas nos morros do vale. A Secretaria de Ação Comunitária cadastrou em 95, 13 áreas de “bolsões de pobreza” no município. Posteriormente, em 95/96, as Unidades de Saúde da Família foram implantadas, inicialmente nestas áreas consideradas prioritárias.

Viana e Dal Poz (1998) colocam que o PSF tem se expandido de forma focalizada, mas muitas vezes essas áreas ou populações de risco podem

representar até 80% da população de um município e mesmo como prática focalizada poderia ser instrumento de reorganização do modelo assistencial.

Em Blumenau o programa surgia sim, de forma focalizada, mas, possuía a intenção de se transformar numa estratégia para a implantação de um novo modelo assistencial, possível de verificação quando o Secretário coloca, em reunião do CMS, que, “(...) este é o momento de consolidação do modelo assistencial como um todo, com a equipe do PSF, consolidou-se este modelo” (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 20/03/96).

A esse respeito Paim (2001, p.144), coloca que “(...) o fato de autoridades de saúde declararem que o PSF representaria o novo modelo assistencial do SUS, indicava uma compreensão equivocada posto que uma situação de saúde tão heterogênea e complexa como da população brasileira não se enquadraria em um único modelo por mais ‘novo’ que fosse”. (Grifo do autor).

A diversidade de modelos que atendem aos princípios do SUS demonstra a inexistência de um padrão único a ser seguido por todos e recorremos mais uma vez a Paim (1997b, p.20), que afirmou que modelo não deve ser entendido como um espaço ideal, mas, sim, como “um espaço técnico em que se faz uma intervenção política e um espaço político onde se faz uma intervenção técnica”.

Na reunião do CMS de 14 de fevereiro de 1996, o Secretário Municipal de Saúde expressou que:

(...) por enquanto duas equipes estão implantadas, treze equipes recebem treinamentos e será feita uma opção por uma cruzada de unidades de saúde avançadas, para tanto, far-se-á uma campanha, com adesão de sindicatos, associações de moradores, para que a pessoa que precisa de uma consulta de especialista procure a unidade mais próxima... (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 14/02/96).

Na mesma reunião, justificou que o:

Programa de Saúde da Família começou a ser pensado junto com o projeto FAISCA e atrasou porque o Ministério só havia liberado verba para formar três equipes, porém agora o sistema mudou e a SEMUS implantará as equipes e baseado nos custos, solicitará ao Ministério da Saúde a alteração do teto financeiro para Blumenau (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 14/02/96, com as modificações de redação, aprovadas na reunião seguinte).

Questionado sobre a forma de seleção utilizada para contratação de profissionais, explicou que para o Programa de Saúde da Família “utilizou-se o teste seletivo, onde, os candidatos deverão ter noções de vacinação, experiência em lidar com pessoas e 50% conhecimento de saúde pública, atenção primária em saúde e uma entrevista, onde será visto o perfil do profissional e após passará por diversos treinamentos nas diversas áreas da saúde” (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 14/02/96).

No mês de março, na reunião do CMS do dia 20, o Secretário volta a justificar o atraso na implantação das equipes em virtude de dois motivos: “primeiro a falta de verba no Ministério e, segundo, a tentativa de recompor as dívidas do HSA. Fala também da necessidade de se passar por um processo de educação cultural, onde o povo terá que saber que a solução do seu problema está na porta de sua casa e não nos hospitais” (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 20/03/96).

A partir de 25 de março, juntavam-se as duas equipes iniciais mais 13 equipes do PSF, algumas funcionando nas Unidades Avançadas de Saúde, outras em locais cedidos pela comunidade ou em creches e algumas em casas alugadas, locais estes que muitas vezes não eram os mais adequados, mais eram os possíveis para o momento.

Nestas equipes, todos os profissionais, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem de acordo com o artigo 3º da Lei Municipal nº 4.432 que estabelecia que o pessoal necessário à implementação do programa seria contratado em caráter temporário, pelo regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho, enquanto perdurasse o convênio, através da Fundação Hospitalar de Blumenau – Hospital Santo Antônio, que seria também a referência hospitalar ao programa (Blumenau, 1994e).

Todos os contratos, das três categorias, eram de 40 horas semanais, mas se acordou, com o objetivo de facilitar a contratação de profissionais, que os médicos e enfermeiros trabalhariam seis horas diárias, porém os auxiliares de enfermagem teriam que cumprir oito horas, isto permitiria, principalmente aos médicos, a possibilidade de terem outro emprego, entretanto, além de ser discriminatório, feria frontalmente aquilo que o Ministério da Saúde considera

como “condição essencial, para o êxito da saúde da Família, que todos eles trabalhem 8 horas por dia, o que dá 40 horas por semana”. A atuação, em espaço de tempo menor, dificultaria o estabelecimento de uma ligação efetiva com a comunidade (Brasil, 2001, p.67).

Estas equipes passaram por um processo de capacitação, reconhecimento das áreas a serem implantadas e acompanhamento das outras equipes, já em atividade e durante o ano de 1996 foram realizadas oficinas de territorialização, implantação do SIAB e desenvolvido programa de educação continuada em reuniões semanais (Bertoncini, 2000) e, ainda no decorrer desse ano, outras 6 equipes foram constituídas, sendo no mês de junho de 1996 o então Ministro Adib Jatene, esteve no município lançando oficialmente o programa (Duarte da Silva, 1997; Bertoncini, 2000).

No final da gestão do Secretário Caminha existiam, apesar de algumas não estarem completas, 21 equipes de PSF, em 19 locais do município e conforme Bertoncini (2000, p. 59) havia uma equipe central de coordenação do programa que era constituída por uma coordenadora geral e quatro técnicas supervisoras, “sendo cada uma (...) responsável por uma região do município”.

Em que pesem as dificuldades, o PSF em Blumenau proporcionou avanços nesse período. Além de aparecer como um programa inovador, relacionado com o aumento da resolutividade, proporcionou o aumento da rede básica, com aumento na oferta de serviços (Ortiga, 1999), inclusive um aumento de horas médicas trabalhadas.

De acordo com o relatório anual de gestão de 1996, a Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, contava ao final do ano, com 650 funcionários municipais (estando aí incluídos os contratados para o PSF), 43 estaduais e 68 federais, dos municipais 89 eram médicos, 06 médicos do trabalho, 60 eram cirurgiões dentistas, 29 eram enfermeiras e 127 auxiliares de enfermagem (Blumenau,1996b), sendo que estas últimas duas categorias cresceram acentuadamente as custas do PSF.

Segundo o relatório de avaliação do programa, após um ano de implantação, 33% da população do município estava cadastrada em áreas de PSF, ocorrendo uma diminuição da internação hospitalar no período, cobertura de

áreas anteriormente descobertas de assistência e uma taxa de encaminhamentos para os níveis especializados inferior a 10% (Blumenau, 1996c).

O trabalho de Adriano et al. (1999) mostra uma diminuição nas internações hospitalares por qualquer causa, na cidade, de 7,11% em 1992 para 5,74% em 1996, número que cairia um pouco mais nos anos seguintes e a redução em 76% das internações hospitalares por doenças respiratórias em crianças de zero a cinco anos de idade, além de aumentar a cobertura vacinal, fatos estes atribuídos ao PSF.

Paim (2001, p. 145), coloca que apesar dos esforços, o PSF continua sendo a política do ajuste estrutural com estabilização monetária, ou seja, “a saúde da moeda e não a saúde da população”, mas conclui afirmando que os esforços atuais de transformação do PSF em estratégia voltada para a mudança dos modelos assistenciais dominantes “começa a apresentar resultados em municípios que apostaram na proposta, articulando-se ao projeto da Reforma Sanitária”.

A implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau possui um outro aspecto positivo, pouco analisado, ainda quase oculto, que foi o de ter viabilizado a vinda, para a cidade, de quadros de trabalhadores de saúde comprometidos com as propostas e diretrizes do SUS, trazendo aos “bolsões de resistência” existentes, o reforço necessário para se respirar, em Blumenau, embora de forma tardia, o ideário do Movimento de Reforma Sanitária.

Outro marco importante do ano de 1996 foi à realização de II Conferência Municipal de Saúde, marcada inicialmente para os dias 24 a 26 de maio e tendo inicialmente como tema “Atenção Primária de Saúde – um novo modelo de assistência à saúde” (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 20/03/96) e posteriormente, em virtude da realização, em Blumenau, do III Encontro de Gestores da Região Sul, sua data de realização foi postergada para mês de Julho (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 17/04/96). Sendo precedida de 10 reuniões preparatórias acaba ocorrendo nos dias 21 e 22 de julho, possuindo como tema “Saúde é qualidade de vida”.

Contou com a participação de 200 delegados escolhidos nas reuniões preparatórias, dos quais “50% representavam usuários, 25% profissionais de

saúde, 12,5% prestadores de serviço e 12,5% representantes do governo” (Duarte da Silva, 1997, p. 14-5).

Seu relatório final (Blumenau, 1996a) encontra-se sub-dividido em 5 áreas:

- construção do SUS: problemas e dificuldades;
- construção do SUS: o que está dando certo;
- construindo um modelo de atenção a saúde: saúde e qualidade de vida;
- construindo um modelo de atenção à saúde: as mudanças necessárias;
- moções.

Ao se analisar este relatório final da II Conferência Municipal de Saúde, percebe-se a repetição de algumas resoluções da I Conferência, mostrando que elas não se transformaram em concretude nos mais de dois anos de intervalo entre um evento mas, foram lembradas pelos delegados, sendo que algumas, são lutas permanentes no processo de construção do SUS. Destas resoluções que se repetem podemos apontar alguns exemplos, tais como (Blumenau, 1996a): saneamento básico limpeza canalização e tratamento de esgoto; criar o Pronto-Socorro Odontológico Municipal; criação de política de recolhimento destinação e tratamento do lixo preservando os lençóis freáticos; ampliação e melhoria do pronto atendimento hospitalar, garantindo serviço de ambulância 24 horas com cobertura às emergências dos bairros e capacitação dos profissionais; contratação de assistentes sociais; fazer cumprir o horário do atendimento dos médicos e demais profissionais saúde; ampliar os recursos dedicados às ações de promoção e proteção à saúde, tais como vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, imunização, educação em saúde e outros; implantar os consórcios intermunicipais; implantar a disciplina higiene e saúde nos cursos de primeiro grau; fiscalização mais rígida nos loteamentos a serem implantados; ampliar a equipe multiprofissional de saúde com outros profissionais, tais como dentistas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, etc; melhor divulgação das ações de saúde, através dos meios de comunicação; ampliação do Conselho Municipal de Saúde para 32 membros, etc.

Porém, percebe-se que, também, foram aprovados pela plenária, diversos itens que diziam respeito ao que a SEMUS estava fazendo, que foram incluídos na área “A Construção do SUS: o que está dando certo”, o que implica, concomitantemente, numa aprovação a esses aspectos, pelo menos, da gestão do Secretário Caminha. São aspectos positivos que merecem ser ressaltados (Blumenau, 1996a):

- instalação física para saúde mental;
- cobertura vacinal;
- Programa de Saúde da Família;
- Projeto Faisca;
- existência do Conselho Municipal de Saúde, que oportuniza a participação comunitária;
- ampliação e divulgação de todos os programas: Preventivo do Câncer, Diabéticos, Gestante, Teste do Pezinho, ACD, Saúde Bucal;
- Ambulatório de Referência de Especialidades e demais ambulatórios nos bairros;
- investimento na capacitação dos recursos humanos;
- bom atendimento nas Unidades Avançadas de Saúde e Ambulatórios Gerais; democratização da participação dos usuários, sem discriminar classes sociais;
- descentralização do atendimento, com participação popular;
- política da implantação do SUS, com a participação e parceria do Estado, iniciativa privada e comunidade, modelo que deve ser aprimorado e consolidado;
- Gestão Semi-Plena.

É interessante notar que, em alguns dos itens apontados acima, observamos, novamente, a tentativa de “organizar o consenso através da participação”, expressão utilizada por Simão (1995, p.135) para caracterizar administrações do (P)MDB, em Blumenau, no período anterior a 1989, quando os representantes governamentais locais atuavam como mediadores entre a superestrutura e a estrutura.

Outras propostas estruturantes do SUS, em Blumenau, surgiriam pela primeira vez no decorrer do evento, são algumas das resoluções contidas na área “Construindo um Modelo de Atenção à saúde: as mudanças necessárias”, das quais destacamos (Blumenau, 1996a):

- ampliação do Programa de Saúde da Família como modelo de atenção à saúde;
- ampliação do acesso da população a cirurgias;
- ampliação do Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos;
- iniciar no CMS, a discussão de políticas para utilização de medicina alternativa e tratamento através de ervas medicinais;
- delegar ao CMS o estabelecimento de prazos necessários para a implantação dos conselhos locais de saúde;
- fazer a reforma administrativa da SEMUS para responder às recentes ampliações de suas competências;
- criação do fórum permanente de vigilância à saúde do trabalhador com participação interinstitucional das entidades: CISAT, INSS, DRT, Sindicato Patronal, Promotoria Pública, Vigilância Sanitária, com o município garantindo recursos para sua implementação dentro do prazo de 30 dias;
- criação e estruturação do Serviço de Vigilância à Saúde do Trabalhador com implantação de, no máximo, 90 dias;
- criação da Fundação Municipal de Saúde;
- fazer com que o Executivo Municipal encaminhe à Câmara Municipal o PCCS (Plano de Cargos, Carreira e Salários) da Saúde, conforme a exigência do convênio 689 que dispõe sobre a gestão Semi-Plena;
- que o Presidente do Conselho seja eleito pelo próprio Conselho e que não seja o próprio Secretário de Saúde.

Também aqui é importante que se observe que, algumas das proposições não tiveram tempo para serem concretizadas, nos cinco meses que restava ao governo, outras, entretanto, chegaram a ser transformadas em projeto de lei e

apresentadas ao Poder Legislativo Municipal, como foi o caso da Fundação Municipal de Saúde, rejeitado por falta de governabilidade (Matus, 1996, 1997) ou o caso da simbólica proposição do Plano de Cargos, Carreira e Salários que, alguns dias antes da Conferência, já estava transformado na Lei Complementar nº 127 de 16 de julho de 1996¹⁶ (Blumenau, 1996c) e isto “apesar da resistência do Sindicato dos Servidores da Prefeitura Municipal”, mas, segundo Duarte da Silva (1997, p. 15) acabou aprovado em virtude da “movimentação dos profissionais de saúde e a importância da garantia da gestão semiplena”.

Dentre todas a que gerou maior polêmica, na plenária da Conferência foi, com certeza, a proposição de que o Presidente do Conselho Municipal de Saúde venha a ser eleito pelo próprio Conselho e que não seja o próprio Secretário de Saúde. O Secretário Municipal, contrário a proposta, foi derrotado na votação e esta resolução foi parcialmente inserida, pelo Executivo Municipal, na Lei Complementar nº 132 (Blumenau, 1996d), pela nova redação dada ao art. 6º da Lei Complementar nº 25, de 19 de dezembro de 1991 (Blumenau, 1991a), que estabelece que: “O Conselho Municipal de Saúde contará com um Presidente, eleito entre seus pares, que será substituído pelo Vice-Presidente nas suas faltas ou impedimentos”. Desta forma, deixando, em aberto, a possibilidade do próprio Secretário Municipal de Saúde ser o Presidente do Conselho, se esta for a vontade majoritária dos conselheiros, mas contrariando a decisão da Conferência.

Nesta Lei supracitada (Blumenau, 1996d) encontra-se no seu art. 1º, que dá nova redação ao art. 4º da Lei Complementar nº 25, de 19 de dezembro de 1991 (Blumenau, 1991a), a nova composição do CMS de Blumenau, aprovada, também, na II Conferência (Blumenau, 1996a) que passaria a ser a seguinte:

a) Representantes da comunidade usuária:

- 01 representante da Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador;
- 01 representante dos Sindicatos Patronais de Trabalhadores;
- 02 representantes dos Sindicatos de Trabalhadores de Blumenau;

¹⁶ A Lei Complementar nº 127 também integrou à estrutura da SEMUS a Escola de Auxiliar de Enfermagem com a denominação de Escola Técnica de Saúde.

- 02 representantes das Associações de Moradores;
 - 01 representante da Rede Feminina de Combate ao Câncer;
 - 01 representante da Pastoral da Saúde;
 - 01 representante da Associação dos Aposentados e Pensionistas da Previdência Social;
 - 01 representante de entidades religiosas que desenvolvem atividades de assistência à saúde;
 - 01 representante dos Clubes de Serviço;
 - 01 representante da Ordem dos Advogados do Brasil - Seccional Blumenau;
 - 02 representantes das entidades representativas de portadores de patologias.
- b) Representantes dos profissionais de saúde:
- 01 representante da Associação Brasileira dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde de Blumenau;
 - 01 representante da Associação Brasileira de Odontologia - Seccional de Blumenau;
 - 01 representante da Associação Médica de Blumenau;
 - 01 representante do Núcleo de Enfermagem de Blumenau;
 - 01 representante da Associação de Serviço Social do Médio Vale do Itajaí;
 - 01 representante da Associação dos Farmacêuticos e Bioquímicos de Blumenau.
- c) Representantes dos prestadores de serviço:
- 01 representante dos prestadores de serviços contratados ou conveniados ao SUS, exceto Hospitais;
 - 01 representante das Instituições Hospitalares contratados ou conveniados ao SUS;
 - 01 representante da UNIMED;
 - 01 representante da UNIDONTO.
- d) Representantes do governo municipal:

- 01 representante da Fundação Universidade Regional de Blumenau;
- 01 representante da Fundação Hospitalar de Blumenau, indicado pela diretoria;
- 01 representante da Secretaria Municipal da Criança e do Adolescente ou da Secretaria Municipal de Ação Comunitária;
- 02 representantes da Secretaria Municipal de Saúde;
- O Secretário Municipal de Saúde.

Esta nova composição com a inserção de novos atores coletivos, ampliou a representatividade do CMS e alterou, como veremos adiante, a correlação de forças e o controle hegemônico do mesmo.

Na reunião do CMS de 17 de Julho, há uma denúncia, por parte do Secretário Municipal de Saúde, de que não estaria havendo o repasse, por parte da Prefeitura Municipal, dos 10% de recursos próprios de contrapartida, estabelecida já na NOB-SUS 01/91. Foi aprovada, proposta do representante da Uniodonto, conselheiro Tontini, no sentido de “envio de correspondência ao Prefeito Municipal, com a observação do repasse dos 10% e comunicação ao Ministério da Saúde” (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 17/07/96). De fato, de acordo com quadro apresentado por Adriano et al. (1999), no ano de 1995, a Prefeitura Municipal de Blumenau gastou 7,78% e 6,10%, respectivamente na função saúde (que inclui gastos com saúde e saneamento) e na Secretaria Municipal de Saúde do valor total de gastos municipais e no ano de 1996 esses valores foram, de 6,20% e 5,36%, respectivamente na função saúde e na Secretaria Municipal de Saúde.

Heimann et al. (2000, p. 75), em trabalho realizado em 12 municípios brasileiros¹⁷ em gestão semiplena, apresenta dados semelhantes, colocando que o gasto do município de Blumenau, com a função saúde em relação aos gastos totais, nos anos de 1995 e 1996, foi respectivamente de 7,8% e 6,3%, valores estes bastante inferiores ao da maioria dos municípios pesquisados, sendo em

¹⁷ Além de Blumenau, a pesquisa foi realizada em Fortim e Quixadá-CE; Natal-RN; Petrolina-PE; Belo Horizonte e Sete Lagoas-MG; Diadema, Mauá, Santos e Votorantim – SP; Panambi - RS.

1995, superior somente ao do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais (valor de 7,4%) e no ano de 1996 o mais baixo de todos.

Estes mesmos valores se comparados com os de 1992 e de 1994, respectivamente 17,4% e 12,9% de gastos na função saúde em Blumenau mostram uma diminuição gradativa dos recursos municipais gastos em saúde em relação ao total de gastos (Heimann et al., 2000), de 1996 em relação a 1992, quase 3 vezes menos.

Utilizando-se outros dados do trabalho de Heimann et al., ou seja a participação segundo esfera de governo no financiamento municipal de saúde temos que, em 1992 o município era responsável por 89% de todos os gastos públicos com saúde em Blumenau, o estado com 3% e a União com 8%, em 1995, já com a gestão semiplena, há uma inversão desses valores, o estado de Santa Catarina zera a sua participação, a União entra com 80% e o município com 20%, valores que em 1996 serão de 75% e 25% respectivamente (Heimann et al., 2000). Na realidade este foi (guardadas as proporções, que em Blumenau foram acentuadas) um fenômeno nacional, com um importante crescimento da participação federal nos gastos municipais, em contraposição à reduzida (ou nula) participação dos níveis estaduais e aos municípios cabendo, em geral, uma queda inversamente proporcional ao crescimento da participação de recursos federais. Este trabalho classifica ainda, o tipo de modelo de descentralização do SUS em Blumenau como do tipo atomizado (Heimann et al., 2000).

Nas eleições de outubro, as elites são surpreendidas pela vitória do vereador e advogado Décio Lima, representante do Partido dos Trabalhadores, que vence com mais de 50% dos votos o pleito para a Prefeitura Municipal e começaria uma nova etapa na história de Blumenau, se não ainda um governo democrático e popular, pois certamente estamos longe disso, mas pelo menos um governo de resistência ao neoliberalismo.

Em 16 de outubro, alguns dias após a vitória eleitoral de Décio Lima, do Partido dos Trabalhadores, para o cargo de Prefeito de Blumenau, ocorreu a primeira reunião do novo Conselho Municipal de Saúde, a primeira também após a realização da II Conferência Municipal e nesta reunião houve a eleição para os cargos da direção do Conselho. Numa demonstração de que a correlação de

forças no CMS já não era a mesma, de que algo havia mudado, Amandio Castellain, o combativo representante dos trabalhadores (agora representava o CISAT), se elegeria Presidente com 24 votos a favor e 6 abstenções (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 16/10/96).

Castellain agradeceu os votos recebidos e salientou que almeja “que um dia o Conselho possa, dentro do que o SUS preconiza, um dia escolher o Secretário Municipal de Saúde. Salientou que o modelo do SUS é um modelo de democracia participativa” (Ata da reunião ordinária do CMS de Blumenau realizada em 16/10/96).

A gestão controversa do Secretário Caminha, chegava ao seu final e são de Castellain, seu substituto na Presidência do CMS, as palavras de avaliação do seu trabalho:

Eu assistindo hoje o próprio Secretário, não qualifico ele como um grande Secretário. Até porque ficou parado aí no tempo. Deu continuidade? Deu continuidade em alguma coisa? Quer dizer uma pessoa que representava um partido, que tinha uma presença forte enquanto partido PSDB e tal e tudo mais, que deixou de lutar por esse sistema, depois que ele saiu de Secretário eu nunca vi mais participar de nada, nem de Conferência, nunca vi ele enquanto Secretário mobilizar segmento para participar das demais Conferências e fazer intervenções e tal. Olha acredito, assim, que foi um vento que passou. (Entrevista com Amândio Castellain em 05/05/2002).

Ou repetindo Marx e Engels (1998, p.11):

As relações rígidas se enferrujadas com suas representações e concepções tradicionais, são dissolvidas, e as mais recentes tornam-se antiquadas antes que se consolidem. Tudo o que era sólido desmancha no ar, tudo que era sagrado é profanado, e as pessoas finalmente são forçadas a encarar com serenidade sua posição social e suas relações recíprocas.

Viriam outros debates, outros enfrentamentos, agora envolvendo os acertos e os equívocos da nossa administração, da administração do Partido dos Trabalhadores, mas isto não é objeto deste trabalho.

O que realmente importava era que, o CMS de Blumenau, passava a ser, embora de forma lenta e gradual, um lugar de construção da consciência de si e de classe e, de certa forma, também um lugar de luta pela libertação. Como dizia

Freire (1983, p.27) “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão”.

E continuavam atuais as palavras de Cristina Posas (1989, p.311-312):

A questão da saúde pública no Brasil assume as dimensões assustadoras do presente como decorrência das características estruturais do atraso do desenvolvimento do capitalismo no país, o que poderia ser apenas atenuado através de uma política decisivamente voltada à defesa dos interesses do conjunto da população. Por isso mesmo não existe nenhuma alternativa de solução dos problemas de saúde da população brasileira que possa ser buscada apenas no interior do próprio setor saúde.

Como nos coloca Mendes (1991, p.57):

O SUS, entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término, especialmente se esse tempo está dado por avaliações equivocadas que apontam para o fracasso da proposta. Assim, o SUS nem começou ontem e nem termina hoje. Reformas sociais, em ambientes democráticos são por natureza, lentas e politicamente custosas...

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Canción por la unidad latinoamericana (Pablo Milanés - Chico Buarque)

**E quem garante que a História
É carroça abandonada
Numa beira de estrada
Ou numa estação inglória**

**A História é um carro alegre
Cheio de um povo contente
Que atropela indiferente
Todo aquele que a negue**

Este estudo acerca do processo de construção da municipalização da saúde e conseqüentemente do Sistema Único de Saúde na cidade de Blumenau, procurando dar ênfase a seus aspectos políticos, com o desafio de utilizar uma metodologia “marxista” e perpassando a história da saúde pública brasileira, se transformou, acima de tudo, em grandes momentos de reflexão e aprendizado, palavras, as quais, acrescento uma pitada de frustração. Esta última, não vem carregada de nenhum sentimento de pessimismo em direção ao que pode e ao que vai ser feito no futuro, porque em relação a este, nos apegamos ao que já colocou Hobbsbawn (1988, p. 469), “a única certeza que podemos ter em relação ao futuro é que ele surpreenderá até mesmo aqueles que puderam ver mais longe”.

Este aroma de frustração advém do fato de somente agora, nas últimas considerações deste trabalho, poder concluir que tudo seria mais fácil, mais construtivo, mais coerente até, na função de gestor municipal de saúde, desta importante cidade de Santa Catarina, se conhecesse com maior profundidade a história de lutas de seus trabalhadores, o contexto, o cenário onde se realizaram e se realizam, as disputas hegemônicas entre a permanência do velho e o nascimento do novo.

Não podemos esquecer que estamos falando de uma intervenção estatal através de uma política social, a da saúde, que não é um processo unívoco e unilateral, pelo contrário é resultante das relações contraditórias que

historicamente se estabelecem entre capital, trabalho e sujeitos político-sociais. E aí entram em cena atores importantes, Secretários de Saúde de Blumenau, que me antecederam, “formuladores de políticas e sujeitos políticos”, como adverte Merhy (1992, p.46) ao falar da relação orgânica que existe entre ambos, “porque não haveria política sem formulações (representações e disputas), como não haveria sujeitos políticos que não formassem projetos sociais”.

É o trabalho desses homens, dentro da conjuntura em que exerceram seus cargos, associado ao do crescimento da luta e da consciência de classe dos trabalhadores de Blumenau que procuramos analisar, tema este, o qual, lamento de não ter conhecido, com maior profundidade e há mais tempo, porque a clareza do desenvolvido, dos avanços e retrocessos, dos acertos e erros, talvez, tivesse me permitido diminuir, o número de equívocos cometidos, em nome da construção do SUS.

Nogueira (1998, p.252-3) nos fala da dificuldade de se pensar o presente, “porque o presente é a crise”, que de tão complexa mexe com o conjunto da vida. Continua sua explanação e nos conta, também, da dificuldade de construir o futuro, porque “a crise atual é uma crise de perspectivas”, um sentimento forte de que o futuro e com ele o progresso se esvaeceu, ficou indeterminado, fora do alcance da razão. E como já disse Garcia Marques, quando o futuro é incerto, o coração volta ao passado. E é com sabedoria que Nogueira nos ensina que “sem a compreensão do passado, sem uma explicação crítica do presente e sem um projeto de futuro é impossível dirigir a mudança”.

E mudança pode e deve ser um propósito de governo. Testa (1992, p. 110-2) em seu “Postulado de Coerência” mostra que mudança, método e organização estabelecem relações de condicionamento e determinação e define os propósitos de governo como:

*(...) 1) um propósito permanente que é a legitimação da situação atual, isto é, sua própria legitimação como governo e das características dominantes de formação econômico-social que o sustenta; 2) um propósito principal que é o crescimento – e, em termos mais específicos, o crescimento da produtividade – e 3) um propósito possível que é a **facilitação das condições que conduzem a transformação da estrutura social.** (O destaque é meu).*

Justificando a discussão da história e da produção do novo, Testa (2000) alerta que quando se desconhece a história se está condenado a repeti-la. Para ele as estruturas são produto histórico e, ao mesmo tempo intervêm na construção da história (Testa, 1992), ou como colocou Silva Júnior (1998, p.132), “observar a história é confrontar opções, caminhos às vezes já percorridos e pensar o ‘novo’.” (Grifo do autor).

É necessário, por tanto, compreender a importância de alguns resgates históricos, porque como nos mostra Singer (1998, p.98) “a história é de fato um fluxo contínuo de acontecimentos que se encadeiam e intercondicionam...”. Durante o desenvolvimento de Blumenau, a burguesia foi hegemônica economicamente e também politicamente. Com o passar dos anos a hegemonia política vai se rompendo, ruptura esta que, segundo Simão(1995), vai emergindo em diferentes períodos:

O primeiro deles vai da fundação da colônia até o final do século XIX e é conhecido como o da hegemonia cultural, quando os comerciantes detêm a hegemonia social e política e os interesses são mediados pelas questões de etnia, inclusive com a formação do *Volkspartei*, o Partido do Povo.

O segundo período se inicia no final do século XIX até o final da segunda década do século XX e é marcado pelo confronto entre os pangermanistas, que defendiam a concepção de nacionalidade germânica e os anti-pangermanistas que mantinham relações com a Alemanha por serem descendentes de alemães, mas compreendiam a nacionalidade ligada a questão da territorialidade.

Nos anos 30 surge o terceiro período, o da superação da hegemonia associada à cultura germânica. Foi marcado pela crise de hegemonia política do bloco mais ligado a cultura germânica, a qual será fortemente reprimida, nestes anos. Pela primeira vez os trabalhadores chegam ao poder, através do Partido Integralista porém sem um processo de consciência de classe, surgiam os primeiros sindicatos e começava a existir entre os trabalhadores, aquele que é no entender de Gramsci (1984, p. 49), o primeiro momento da consciência política coletiva, o mais elementar, “o econômico-corporativo”.

Após a redemocratização e o período de greves nos anos 40 e início dos anos 50, inicia-se o quarto período, denominado do consenso espontâneo. Nas

décadas seguintes não ocorreriam movimentos de trabalhadores na cidade, estava instalado o consenso espontâneo e mantida a hegemonia/passividade e retomado o desenvolvimento econômico, é o período em que os próprios empresários são os prefeitos da cidade.

O quinto período surge quando os trabalhadores adquirem aquilo que Gramsci (1984, p. 49) denomina de “a consciência da solidariedade”, o segundo momento da consciência política coletiva, que ainda é no campo meramente econômico e acabará por contribuir com as sucessivas eleições do (P)MDB para a Prefeitura Municipal, é um período em que os dirigentes locais tentam se colocar como mediadores de interesses de classe.

Finalmente o sexto período é marcado pela consciência, por parte dos trabalhadores, “de que os próprios interesses corporativos no seu desenvolvimento atual e futuro, superam o círculo corporativo” (Gramsci, 1984, p.50), é o momento da ruptura da indiferenciação de classe e terá como ponto marcante a grande greve de 1989, que contribuirá para a eleição de vereadores e posteriormente, do Prefeito da cidade, pelo Partido dos Trabalhadores.

Será neste contexto histórico, de uma cidade capitalista, erguida numa forte cultura de exploração, de relações de trabalho centradas no taylorismo, de onde se apagou da memória as lutas populares do passado, que ocorrerá o processo de municipalização da saúde em Blumenau que, se inicia no quinto período, mas terá seu grande desenvolvimento e consolidação no sexto período, que terá algumas características próprias, como por exemplo, o fato de ao contrário de outras cidades grandes ou médias de Santa Catarina, não ter um hospital público construído pelo estado, mas terá também muitas características comuns a de outros municípios brasileiros.

Falando a respeito destas características, alguns autores têm publicado avaliações acerca do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. Alguns anos antes da adoção das formas mais recentes de gestão, semiplena e plena, Campos (1990) fez uma série de considerações sobre o processo de municipalização, das quais destacamos:

- a corrente municipalista tem considerado a questão da municipalização da saúde de forma ufanista e acrítica,

apresentando o municipalismo como panacéia que poderá resolver os problemas sociais do Brasil;

- o desafio na análise do processo é esclarecer os vínculos entre o local e o nacional, já que muitos dos desafios do local dependem do nacional;
- a descentralização existente (até então) não transfere recursos de forma automática e não se descentraliza poder sem descentralizar recursos e a descentralização só avança se ocorrer unificação do sistema.

Na segunda metade da década de 90, Teixeira (1997), em pesquisa que abrangeu 1.422 municípios brasileiros, analisou a gestão municipal da saúde, tendo como principal preocupação o potencial de inovação possibilitado pela municipalização. Foram pesquisados municípios em gestões incipiente e parcial, além de alguns poucos que já estavam na semiplena. A análise foi efetuada em três dimensões denominadas: social; gerencial e assistencial. A dimensão social, que incluía prestação de contas à comunidade e controle social, por exemplo, foi a que mais avançou, com aumento da participação da população de acordo com os resultados da pesquisa, evidenciando-se a associação positiva existente entre a municipalização da saúde e a democratização. As dimensões gerencial e assistencial, que englobariam eficiência/eficácia e capacidade de inovação nas ações institucionais, respectivamente, tiveram em contrapartida avanços mais discretos, segundo esse trabalho.

As inovações nas formas de gestão que trazem mais eficiência, eficácia, criatividade e melhoria na qualidade, entre outras, tiveram relação com as características pessoais e profissionais dos secretários. Segundo os dados dessa pesquisa os secretários mais inovadores são mais participativos, militantes nas questões de saúde e, em especial, da reforma sanitária. Enfatiza-se a importância da liderança local no aperfeiçoamento da gestão (Teixeira, 1997).

Em agosto de 1996, por iniciativa do Ministério da Saúde, iniciou-se uma pesquisa em doze municípios, entre os quais Blumenau, que já estavam há mais de dois anos na gestão semiplena, procurando-se avaliar o processo de

descentralização e seu impacto no sistema de saúde, tendo-se chegado às seguintes conclusões (Heimann, et al., 2000):

- a gestão semiplena faz avançar a descentralização no interior do sistema de saúde;
- houve aumento na oferta de ações e serviços de saúde;
- imprimiu-se maior dinâmica na participação da comunidade;
- o papel do gestor estadual (secretarias estaduais de saúde) ficou fragilizado nessa nova situação de gestão municipal;
- evidenciou-se que o gestor federal tem grande influência no direcionamento das políticas de saúde, por causa de seu poder de disponibilização de recursos.

Em sua tese de doutorado, também transformada, mais tarde em livro, Da Silva (2001), que trabalhou a questão da municipalização da saúde do ponto de vista dos sujeitos, atores e políticas, nas considerações finais do seu trabalho aponta que dentro dos limites do poder local, a municipalização permite que sejam postas em práticas ações de saúde inovadoras que tenham como objetivo a equidade em saúde e o desenvolvimento de práticas intersetoriais.

Além disso, na sua opinião, a consolidação de modelos de saúde alternativos, que resultam de experiências municipais que adotam o paradigma do SUS, enfrenta três níveis de dificuldades que seriam: a) os “estruturais”, ou seja, aqueles “de caráter socioeconômico” que irão se refletir nas condições de saúde dos usuários; b) os “de oferta inadequada e de desorganização na utilização dos serviços assistenciais”, com ênfase para os serviços de média e alta complexidade; c) finalmente aqueles “ligados aos aspectos mais particularizados da relação entre usuários, trabalhadores e serviços de saúde” (Da Silva, 2001, p. 284).

Estes últimos estariam mais claramente situados nos limites da ação do poder local, o primeiro se relacionaria com aspectos macroeconômicos e o segundo com a suficiência de recursos e a organização dos fluxos de atendimento.

Em nosso estudo, em Blumenau, podemos dizer que, especificamente quanto as variáveis do chamado triângulo de governo matusiano, ou seja,

governabilidade, projeto e capacidade de governo (Matus, 1989,1997; Huertas, 1997; Cecílio, 1997b), avanços ocorreram e nos cabe apresentar algumas rápidas conclusões:

Em relação à governabilidade da saúde em Blumenau, como também ocorreu em muitos outros municípios brasileiros, concluímos que com o passar dos anos, os gestores de saúde passaram a controlar sim, um maior número de variáveis que, anteriormente encontravam-se sob o domínio de outros níveis de governo, o que, pelo menos em tese, implicaria em aumento do grau de governabilidade, principalmente após o ingresso na gestão semiplena. Porém, isso não garantiu, aos gestores, recursos para, por exemplo, resolver numerosas queixas de usuários quanto a questões de acesso equitativo aos serviços ou, de prestadores quanto à correção de distorções na tabela de remuneração de procedimentos, nem garantiu automaticamente apoio irrestrito aos projetos de governo, como vimos algumas vezes em nosso trabalho, por parte de Câmara de Vereadores ou outros setores do próprio governo local, porque, como já foi visto a partir da gestão semiplena notam-se mudanças nas relações de poder que começam a se delinear, com certo conflito com outras esferas, notadamente com a Câmara de Vereadores, com a Secretaria Estadual de Saúde e com prestadores de serviço, o que daria um caráter relativo a este aumento de governabilidade, que poderia ser exemplificado em Projetos de Lei, com temas estruturantes para a saúde do município e que acabaram rejeitados pelos vereadores.

Quanto aos projetos de governo para a área da saúde, em Blumenau, fica claro que, nos primeiros períodos, quando a autonomia de gestão era menor, os governos locais desenvolviam poucos projetos. Com o passar dos anos e com a ampliação do repasse de recursos federais, ocorre também a ampliação dos projetos de governo que, geralmente, trazem consigo a forte influência de projetos representados pelas políticas formuladas ou, tornadas relevantes pelos níveis de governo centrais, notadamente o nível federal, sofrendo as influências locais de acordo com o pensamento do grupo ideológico no poder, com a maior ou menor comprometimento do gestor com propostas inovadoras e com a capacidade de mobilização e pressão das forças populares, o que em nossa cidade cresceu a partir do final dos anos 80. De maneira genérica, os projetos de governo do

período estudado, apresentaram poucos conflitos com o modelo hegemônico médico liberal privatista.

Finalmente, em relação ao componente capacidade de governo, é notória a ampliação ocorrida, em virtude principalmente das novas responsabilidades, que foram gradativamente sendo assumidas, pelo município, ocorrendo aumento do quadro de trabalhadores de saúde, bem como de capacitações e educação continuada, principalmente na saúde bucal e no Programa de Saúde da Família.

Da Silva (2000, p.284), aponta, ainda, que a municipalização, contribui para a democratização da gestão da saúde através dos mecanismos de prestação de contas e de transparência na aplicação dos recursos públicos que, são aperfeiçoados com a institucionalização de canais de participação direta da sociedade, analisando, no entanto, que, “a interferência no processo decisório, só terá impacto na qualidade dos serviços se forem construídas novas relações entre os dirigentes das organizações, os trabalhadores de saúde e os usuários; esse “pacto de gestão” poderia contribuir para que a missão social das organizações de saúde fosse gradativamente viabilizada”. (Grifo do autor).

Em Blumenau, em que pese momentos de autoritarismo na última gestão e a não realização de algumas reuniões ordinárias do CMS, a realização de duas Conferências Municipais com representação popular e a participação atuante da representação dos trabalhadores no CMS, permitiu avanços neste campo.

Na continuidade das suas considerações, Da Silva analisa que, a articulação das diferentes políticas e estratégias nos municípios, “espaços concretos em que se efetivam as mudanças das práticas sanitárias”, dependeria de “sujeitos de mudança”, ou seja, “esse núcleo de mudanças deve ser coordenado pelos gestores locais que devem ser capacitados e motivados para isso” (Da Silva, 2000, p. 284-5) e aqui, acrescento, as colocações de Da Silva que, esses “sujeitos de mudança” não poderiam ser somente os gestores municipais.

É necessário que voltemos a nos preocupar, como dizem Campos & Campos (2000, p.86) com o modo como as coisas se produzem e lembrar que são “os sujeitos os que criam e recriam, permanentemente, as condições de produção e novos determinantes para os processos políticos e sociais”.

E como ensina Campos (2000, p. 60) em outra de suas obras:

A noção de Produção seria o mapa das pedras, um indicador de percurso: trabalhar com a idéia de produção de cidadania, saúde, democracia, etc. O constituir-se e o desconstruir-se das coisas. A mudança, admitir-se que há fim e começo. Marcos. Talvez, sendo mais preciso, o conceito de co-produção: o movimento, a história, a genealogia. Sujeitos, Grupos, Coletivos em sua dimensão objetiva e subjetiva, singular e universal. Mas também as Estruturas e o Poder: produzidos e sustentados por meio de práticas políticas, de métodos de gestão e do agir cotidiano: lugares de poder, máquinas de controle social.

Devemos enxergar o município como espaço de transformação, como espaço social, como espaço dos sujeitos e é com estes que temos que dialogar.

Na minha forma de pensar, necessário se faz construir a hegemonia (ou se preferirem “a contra-hegemonia”) e mesmo em Gramsci, hegemonia implica na capacidade de produzir sujeitos em série, conforme um determinado projeto ligado a um certo modo de produção de riquezas. Hegemonia, também para ele, significaria construção de consenso mais alguma pitada de coerção.

E hegemonia se constrói, também, com a preparação de quadros entre os trabalhadores de saúde e notadamente entre os usuários, dentro da cultura da Reforma Sanitária, para exercerem não somente o controle social, mas para exercerem a liderança necessária nesse longo processo de aperfeiçoamento e consolidação do SUS e nos difíceis enfrentamentos que estão por vir.

E os enfrentamentos existem. Há trinta anos, como já disse Campos (1997b) o pensamento crítico aplicado à análise da saúde vem demonstrando o papel de controle social da Clínica e da Saúde Pública. Evidenciou a estreita ligação da primeira à lógica de mercado e da segunda às razões de Estado.

O Sistema Único de Saúde é dentro dos seus limites um bolsão de resistência, mas o Estado “está” neoliberal. Hoje podemos observar como afirma Campos (1997a) que o bloco político que gerou e dá sustentação a política neoliberal na saúde tem o firme propósito de assegurar a sua hegemonia desenvolvendo, para tanto, uma estratégia baseada em dois movimentos:

- estender até os seus limites máximos a medicina de mercado, relativamente independente do Estado;
- concomitantemente, a esta articulação, procura ampliar a atenção individual curativa para além da população economicamente apta a ingressar em uma das modalidades

de assistência privada, disputando, com este objetivo, o recurso público controlado pelo SUS.

Acredita-se que esta alternativa teria uma potencialidade de demanda em torno de 20 a 25% da população brasileira e englobaria várias modalidades assistenciais, desde a clássica relação direta serviço/profissional com o cliente, passando pelas cooperativas de profissionais, empresas médicas de grupo, programas de autogestão e os seguros privados de saúde (Campos,1997a).

Segundo Campos (1997a, p.69), os membros mais ativos da articulação neoliberal são aqueles que possuem interesse econômico imediato na preservação do modelo dominante:

Empresários de medicina de grupo e proprietários de hospitais, organizados respectivamente na Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abrange) e Federação Brasileira de Hospitais; diretores dos hospitais filantrópicos e beneficentes, reunidos na Confederação das Misericórdias do Brasil; médicos e odontólogos, que, embora politicamente divididos, defendem a perspectiva neoliberal através de várias de suas entidades: cooperativas, a Associação Médica Brasileira e a maioria de suas filiadas estaduais e alguns sindicatos e Conselhos Regionais.

A este grupo de primeira linha somam-se outros atores, também importantes para a garantia da hegemonia do modelo neoliberal, que são citados por Campos (1997a, p.70):

Parcelas do capital bancário envolvido com seguro-saúde; empresas industriais e comerciais que têm planos próprios ou contratados de atenção médica aos seus empregados e que possuem até uma entidade específica para as questões de saúde - Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprias de Empresas (Abraspe); bem como partidos e grupos políticos de orientação conservadora.

Realmente são outros tempos, tempos difíceis, tempos de crise, tempos de neoliberalismo, onde são validas as palavras de Faoro (1994, p.127) "(...) Desta vez, os espectros vagam nas ruas, sem emprego, miseráveis, depois de perdendo tudo, perderem a esperança".

Alcides Rabelo Coelho (1998, p.352-353) em sua tese de doutoramento, também sintetiza bem "esses tempos":

A crise histórica, econômica e social que é indissociável da crise urbana e sanitária, torna excluídos dois terços da humanidade. São legiões de desabrigados, desempregados, nômades, famintos – os condenados da ordem econômica mundial. Essa polarização coloca em risco a própria sustentabilidade do planeta e a sobrevivência da espécie humana. Esse contexto representa uma única catástrofe: o modo de produção capitalista, na sua fase de mundialização.

Logo em seguida define bem o que esperar das políticas de saúde no neoliberalismo:

A Conferência Mundial para debater a “Promoção da Saúde”, realizada em Ottawa, em 1986, definiu como pré-requisitos para tal: a paz, alimentação, habitação, educação, renda, eco-sistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Se a geopolítica global do neoliberalismo consiste em centralização, concentração da riqueza, desenvolvimento desigual, desterritorialidade, fragmentação, exclusão, segregação, exploração, alienação, fome e doença, é evidente que os pré-requisitos para a promoção da saúde tornam-se inviáveis, logo não há possibilidade de saúde universal, nessa Era Global (Coelho, 1998, p.353).

Como bem colocou Hobsbawm (1997, p.562):

(...) Vivemos num mundo conquistado, desenraizado e transformado pelo titânico processo econômico e tecnocientífico do desenvolvimento do capitalismo, que dominou os dois ou três últimos séculos. Sabemos, ou pelo menos é razoável supor, que ele não pode durar ad infinitum. O futuro não pode ser uma continuação do passado, e há sinais, tanto externamente quanto internamente, de que chegamos a um ponto de crise histórica. As forças geradas pela economia tecnocientífica são agora suficientemente grandes para destruir o meio ambiente, ou seja, as fundações materiais da vida humana. As próprias estruturas das sociedades humanas, incluindo mesmo algumas das fundações sociais da economia capitalista, estão na iminência de ser destruídas pela erosão do que herdamos do passado humano. Nosso mundo corre o risco da explosão e implosão. Tem de mudar.

Não sabemos para onde estamos indo. Só sabemos que a história nos trouxe até este ponto e...por quê. Contudo uma coisa é clara. Se a humanidade quer ter um futuro reconhecível, não pode ser pelo prolongamento do passado ou do presente. Se tentarmos construir o terceiro milênio nessa base, vamos fracassar. E o preço do fracasso, ou seja, a alternativa para uma mudança da sociedade, é a escuridão.

Por tanto são cada vez mais válidas as palavras do Subcomandante insurgente Marcos (1998, p.223) do Exército Zapatista de Libertação Nacional:

...Se a humanidade tem ainda esperanças de sobrevivência, de ser melhor, essas esperanças estão nas bolsas formadas pelos excluídos, os sobrantes, os rejeitados.

... é necessário fazer um mundo novo. Um mundo onde caibam muitos mundos, onde caibam todos os mundos.

9. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO :

ADRIANO, E.J.; MRONINSKI, C.R.L.; LUZ, H.H.V.; DALA, M.B.D.; ZABOT, N.L.; BARROS, R.E. "Blumenau (1993-1998): da municipalização à gestão plena da saúde". **Revista Saúde & Cidade em Debate**, Rio de Janeiro, número inaugural, p. 43-51, ago. 1999.

AGUILERA, C. E.; BAHIA, L. A história das políticas de saúde no Brasil. In: Temas de Políticas de Saúde – **Cadernos Didáticos**. UERJ, n.6, 1993.

ALMEIDA, C. **Reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição**. Tese de doutoramento apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1995.

ALMEIDA, C. "Crise econômica, crise do welfare state e reforma sanitária". In: GERSCHMAN, S. E VIANNA, M.L.W. (org.). **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997 (p. 177-200).

ALMEIDA, E.S.; CASTRO, C.G.J.; LISBOA, C.A. **Distritos Sanitários: concepção e organização**. São Paulo: Faculdade de saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

ALTHUSER, L. "Materialismo histórico e materialismo dialético". In: ALTHUSER, L., BADIOU, A. **Materialismo histórico e materialismo dialético**. 2ª ed. São Paulo: Global, 1986 (p. 33-56).

ALVES, R. **Entre a ciência e a sapiência: o dilema da educação**. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

ANDRADE, L.O. M. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva, 2001.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

AROUCA, S. Reforma Sanitária brasileira. **Tema/Radis**. Rio de Janeiro, n.11, p. 2-4, 1988.

ASSIS, M.M.A. **A municipalização da saúde: intenção ou realidade?** Análise de uma experiência concreta. Feira de Santana: Editora da Universidade Estadual de Feira de Santana, 1998.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: Investindo em saúde.** Banco Mundial. Washington D.C., 1993.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem.** São Paulo: Hucitec, 1986.

BEHRING, E. R. "Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania". In: **Cadernos CEAD**, n. 3, Brasília, 2000. p. 19-40.

BENJAMIN, W. "Sobre o conceito de história". In: **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.** Trad. Sérgio Paulo Rouanet. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BERLINGUER, G. **A saúde nas fábricas.** Petrópolis: Vozes, IBASE, 1983.

BERLINGUER, G. **Medicina e política.** Trad. Pe. Bruno Giuliani. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

BERNARDO, S.M. **Concepção de saúde pública dos profissionais de saúde do ambulatório geral da Fortaleza:** contribuições para a efetivação do Sistema Único de Saúde de Blumenau. Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Regional de Blumenau. Blumenau, 1998.

BERTONCINI, J.B. **Da intenção ao gesto: análise da implantação do Programa Saúde da Família em Blumenau.** Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

BERTONCINI, J.B.; BLANK, V.L.G. Blumenau: Cenário do CIPESC em Santa Catarina. In: ANTUNES, M.J.; CHIANCA, T.C.M. **A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC.** Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. p. 278 –291.

BOBBIO, N. **O conceito de sociedade civil.** Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia.** Uma defesa das regras do jogo. Trad. Marco Aurélio Nogueira. 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade:** para uma teoria geral da política. Trad. Marco Aurélio Nogueira. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

BOBBIO, N. Política. In: BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política.** 5ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000. p.954-62.

BOGDAN, R., BIKLEN, S.K. **Investigação qualitativa em educação:** uma introdução à teoria e aos métodos. Porto, Portugal: Porto editora, 1994.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição Federal**. Gráfica do Congresso Nacional. Brasília, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 8.080**. Gráfica do Congresso Nacional. Brasília, 1990.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 8.142**. Gráfica do Congresso Nacional. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Gráfica do Congresso Nacional, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde em Debate** n.38(mar). p. 4-17, 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização e gestão das ações e serviços de saúde, através da norma operacional SUS01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 6.961-65, 24 de maio de 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 06 de novembro de 1996: redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e aprova NOB 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 de novembro DE 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista, 1991.

BÜCHELE, Fátima. **A embriaguez social do beber**. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

BUSS, P.M. "Saúde e desigualdade: o caso do Brasil". In: Buss, P.M.e Labra, M.E.(org). **Sistemas de saúde, continuidades e mudanças**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995 (p. 60 – 101).

CABRAL, O. R. **História de Santa Catarina**. 4ª ed. Florianópolis: Lunardelli, 1994.

CAMPOS, G. W. S. "Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate". In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E.E.& NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989 (p.53-60).

CAMPOS, G. W. S. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**. nº 28, p.24-7, 1990.

CAMPOS, G. W. S. "A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde". **Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde**. V.2, Brasília, 1992.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: In: MERHY, E.E., CAMPOS, G.W S., CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997b.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S., CAMPOS, R.O. Ciências e políticas públicas em saúde: relações perigosas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.55, p.82-91, maio/ago. 2000.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CARNOY, M. "Gramsci e o Estado". In: **Estado e teoria política**. 6ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2000 (p.89-117).

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90): Sistema Único de Saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CECÍLIO, L.C.O. "Prólogo". In: MERHY, E.E., CAMPOS, G.W S., CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997a. (p. 09-28).

CECÍLIO, L.C.O. "Contribuições para uma teoria da mudança do setor público". In: MERHY, E.E., CAMPOS, G.W S., CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997b. (p.235-333)

CHAUI, M. **O que é ideologia**. Coleção primeiros passos nº13. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

CHAVES, C.P. **O serviço social frente ao novo paradigma em saúde mental**. Monografia apresentada para a conclusão do Curso de Especialização em Teoria e Metodologia do Serviço Social. FURB, Blumenau, 1995.

CHESNAIS, F. "Capitalismo de fim de século". In: COGGIOLA, O. (Org.). **Globalização e Socialismo**. São Paulo: Xamã, 1997.

CHIORO, A. & SCAFF, A. **Saúde e cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde**. Santos, SP: Consaúde, 1996 (mimeog.).

CHOMSKY, N. “Democracia mercados na nova ordem mundial”. In: CHOMSKY, N. ; STEFFAN, H.D. **A sociedade global: educação, mercado e democracia**. Trad. Jorge Esteves da Silva. Blumenau: Ed. FURB, 1999 (p. 67-264).

COELHO, A.R. **O urbano e o sanitário na globalização: um estudo de questões urbanas e sanitárias da cidade de Florianópolis - S.C.** Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

COHN, A. Os governos municipais e as políticas sociais. In: SOARES, J.A. & CACCIA-BAVA S. (orgs.). **Os desafios da gestão municipal democrática**. São Paulo: Cortez, 1998, p. 143-192.

CONILL E.M. **A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: sobre as fronteiras na preservação de um sistema público**. Florianópolis, 1999. Texto obtido diretamente com a autora, na UFSC.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

COSTA, N.R. **Lutas urbanas e controle sanitário: Origens das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.

COSTA, N.R. “O banco mundial e a política social nos anos 90. A agenda para reforma do setor saúde no Brasil”. In: COSTA, N.R., RIBEIRO, J.M. **Política de Saúde e Inovação Institucional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

COSTA, N.R. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social**. São Paulo: Hucitec, 1998.

COUTINHO, C.N. **A democracia como valor universal e outros ensaios**. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.

COUTINHO, C.N. “Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia”. In: TEIXEIRA, S.F. (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez & ABRASCO, 1989, p. 47-60.

COUTINHO, C.N. **Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

COUTINHO, C.N. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

CRUZ NETO, O. "O trabalho de campo como descoberta e criação". In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 16ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

DALLARI, D. A. **Elementos de Teoria Geral do Estado**. 11ª ed. São Paulo: Saraiva, 1985.

DARON, V.L.P. Acolhimento, cuidado e luta em defesa da vida: marca feminina do controle social do SUS (relato de uma experiência do MMTR-RS em parceria com a SES-RS). **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n.23, p. 96-105, dezembro. 2001.

DÂMASO, R. "Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário". In: TEIXEIRA, S.F. (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez & ABRASCO, 1989, p. 61-90.

DA ROS, M.A. **Um drama estratégico: O movimento sanitário e sua expressão em um município de SC**. Dissertação de mestrado apresentada à ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1991.

DA ROS, M.A. **Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwig Fleck**. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação-Doutorado em Ensino de Ciências-CED-UFSC. Florianópolis, 2000.

DA SILVA, S.F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

DALLARI, D. A. **Elementos de Teoria Geral do Estado**. 11ª ed. São Paulo: Saraiva, 1985.

DELGADO GARCIA, G. Desarrollo histórico de la salud pública e Cuba. **Revista Cubana de Salud Pública**. Habana, v.24, n.2, p.110-8, 1998.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1991.

DESLANDES, S.F. "Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde". **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 103-107, jan./jun. 1997.

DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

DOS SANTOS, R. A. **A saúde e sua prevenção enquanto direito na perspectiva do direito social**. Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Regional de Blumenau. Blumenau, 1993.

DRAIBE, S.M. "As políticas sociais e o Neoliberalismo". **Revista USP**. Dossiê Liberalismo/Neoliberalismo. São Paulo, n. 17, p. 86-101. 1993.

DREIFUSS, R.A. **1964: a conquista do Estado**: ação política, poder e golpe de classe. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1981.

DUARTE DA SILVA, C.R. **Aspectos históricos da saúde pública de Blumenau, nos anos de 1990 a 1996**: ênfase na trajetória do profissional enfermeiro. Monografia apresentada para a conclusão do Curso de Especialização em Metodologia do Ensino na Área Médica. FURB, Blumenau, 1997.

DUPUY, F.I. **Educacion médica y necesidades de salud poblacional**. La Habana, Cuba, 1991.

EISEN, G. "La atención primaria en Cuba: el equipo del médico de la familia y el policlínico". In: **Revista Cubana de Salud Pública**. Habana, v.22, n.2, 1996.

ELIAS, P.E. Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.2, n.1, p.59-73, 1993.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 11ª ed. São Paulo: Civilização Brasileira, 1987.

ESCOREL, S. "Saúde: uma questão nacional". In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez Editora, 1995. p.181-192.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FACCHINI, L.A. "Por que a doença? a inferência causal e os marcos teóricos de análise". In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. (Orgs.). **Isto é trabalho de gente?**: vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1993 (p.31-55).

FALEIROS, V.P. **O que é política social**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

FALEIROS, V.P. **Saber profissional e poder institucional**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1991.

FAORO, R. **Existe um pensamento político brasileiro?** São Paulo: Atica, 1994.

FAORO, R. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. Vol.2, 10ª ed. São Paulo: Globo; Publifolha, 2000.

FARFAN, P.V. **Retrospectiva econômica de Blumenau: 1985-1993**. Blumenau: IPPUB, 1993. (mimeog.)

FAVERET FILHO, P. e OLIVEIRA, P. J. “A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde”. **Dados; Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v.33, n.2, 1990.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil. Ensaio de interpretação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

FERNÁNDEZ, N.L.B. Política de Salud y Modelos Assitenciales – Cuba. In: **Anais do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermaria**. Florianópolis, 2000 (p. 186-219).

FERREIRA DA SILVA, J. **História de Blumenau**. Blumenau: Fundação Casa Dr. Blumenau, 1988.

FIORI, J.L. **Os moedeiros falsos**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

FONTES TEIXEIRA, C. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRIGOTTO, G. “O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional”. In: FAZENDA, I. **Metodologia da pesquisa educacional**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2000 p. 69-90.

GARCIA, J.C. “Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde”. In: NUNES, E.D. (org.). **Juan César Garcia: Pensamento social na América Latina**. São Paulo: Cortez & ABRASCO, 1989, p. 68-99.

GALLO E. & Nascimento P. C. “Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário”. In: TEIXEIRA, S.F. (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez & ABRASCO, 1989, p. 91-115.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GERSCHMAN, S. “A descentralização da política desaúde no final dos anos 1990”. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.34, n.4, p. 147-70, Jul./Ago., 2000.

GERTZ, R. **O fascismo no sul do Brasil**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1987.

GIACOMINI, C.H. **A regionalização em saúde**. Divulgação em saúde para debate, Londrina, nº 8, p. 59-63, maio de 1992.

GIOVANELLA, L. "Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 129-53, abr./jun. 1990.

GIOVANELLA, L. "Estratégia e poder no planejamento em saúde". In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). **Saúde coletiva?** : questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

GIOVANELLA, L.; TEIXEIRA, S.F. "Universidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise". In: EINBENSCHUTZ, C.(org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1986.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 3ª ed. Rio de Janeiro / São Paulo: Record, 1999.

GOULART, F. A. A. **Municipalização: Veredas (Caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil)**. Rio de Janeiro: Abrasco/Conasems, 1996.

GRAMSCI, A. **Obras escolhidas**. Lisboa: Estampa, 1974. 2v. (Coleção Teoria; n. 22).

GRAMSCI, A. **Maquiavel, a Política e o Estado Moderno**. Trad. Luiz Mário Gazzaneo. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 10ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

GRUPPI, L. **Tudo começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci**. 15ª ed. Porto Alegre: L&PM, 1998.

GRUPPI, L. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2000.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias Qualitativas na sociologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Edições Loyola, Parte II, 1993.

HEIMANN, L.S. et all. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: SOBRAVIME, 2000.

HILLESHEIN, J. As associações de moradores na cidade de Blumenau: expressão das contradições urbanas. In: Theis, I. M.; Mattedi, M.A. ; Tomio, F.R. L. (orgs.). **Nosso passado (in)comum: contribuições para o debate sobre a história e a historiografia de Blumenau**. Blumenau: Ed. da FURB & Ed. Cultura em Movimento, 2000. (p. 101-24)

HOBBSAWM, E. J. **A era dos impérios: 1875-1914**. Trad. Sieni Maria Campos e Yolanda Steidel de Toledo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

HOBBSAWM, E. J. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991**. Trad. Marcos Santarrita. 7ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

HORTALE, V.A.; PEDROZA M. & ROSA, M.L.G. “Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 231-39, jan./mar. 2000.

HUERTAS, F. **Entrevista com Carlos Matus: O método PES**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

IANNI, O. “Neoliberalismo e nazi-facismo”. **Crítica Marxista**, São Paulo, Xamã, v.1, tomo 7, p.111-120, 1998.

IBGE. **Censo demográfico 2000: resultados preliminares**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

KRZIZANOWSKI, M. **A greve nas Indústrias Têxteis de Blumenau**. Monografia de Conclusão do Curso em Ciências Sociais, FURB, Blumenau, 1992.

LAURELL, A.C. “A saúde – Doença como processo social”. In: NUNES, E. D. (org). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p.133 – 158.

LENIN, V.I. **As três fontes e as três partes constitutivas do marxismo**. 2ª ed. São Paulo: Global, 1979.

LÖWY, M. **As aventuras de Marx contra o Barão de MünchHausen**. São Paulo: Busca Vida, 1987.

LÖWY, M. **Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista**. 14ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

LUCCHESI, G. “Burocracia e política: arena ou ator”. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez Editora, 1995. p.157-179.

LUKÁCS, G. **História e consciência de classe: estudos de dialética marxista**. Trad. Telma Costa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elfos, 1989.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

MACCIOCCHI, M. A. **A favor de Gramsci**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

MARX, K. **Para a crítica da economia política**. In: MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. Seleção de textos de José Arthur Giannotti e traduções de José Carlos Bruni et. al. 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978a. p. 101-257

MARX, K. **O 18 Brumário de Luís Bonaparte**. In: MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. Seleção de textos de José Arthur Giannotti e traduções de José Carlos Bruni et. al. 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978b. p. 323-404.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Difel, 1985.

MARX, K., ENGELS, F. “Manifesto do Partido Comunista”. In: MARX, K., ENGELS, F., REIS FILHO, D. A. (org.) et al. **O Manifesto Comunista 150 anos depois**. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo, Fundação Perseu Abramo, 1998.

MARX, K., ENGELS, F. **A ideologia alemã**. Trad. de José Carlos Bruni e Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Hucitec, 1999.

MATUS, C. “Carlos Matus e o planejamento estratégico-situacional”. In: RIVERA, F.J.U. (Org). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989 (p. 105-149).

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 3ª ed. Brasília: Ipea, 1997. 2 v. (Série IPEA, 143).

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente: governantes governados**. São Paulo: Fundap, 1996.

MEIRELLES, H.L. **Direito municipal brasileiro**. 6ª ed. São Paulo: Malheiros, 1990.

MENDES, E.V. “O sistema unificado e descentralizado de saúde na atual contexto da reforma sanitária brasileira”. In: SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde. **Silos: sistemas locais de saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 1988, p. 5-14.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

MENDES, E.V. “O consenso do discurso e o dissenso da prática social. Notas sobre a municipalização da saúde no Brasil”. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Comissão Permanente de Serviços de Enfermagem. **Descentralização em saúde e a prática da enfermagem**. Brasília, 1992. (p. 6-16).

MENDES, E.V. “As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal”. In: MENDES, E.V. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das**

práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995a. (p.19-91)

MENDES, E.V. “O processo social da distritalização da saúde”. In: MENDES, E.V. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995b. (p.93-158)

MENDES, E.V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: MENDES, E.V. (org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998, p. 17-55.

MERHY, E.E. **O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo**. 2ª ed. São Paulo: Papyrus, 1987.

MERHY, E.E. Brasil pós-64: financiamento e modelos de serviços de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E.E.& NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989 (p.61-112).

MERHY, E.E. **A Saúde Pública como Política: Um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. & FRANCO, T.B. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnicoassistencial**. Campinas: Unicamp, 1999 (mimeog.).

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

MINAYO, M.C.S. “Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social”. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 16ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes,2000.

MORAES NETO, R.B. **Marx, Taylor, Ford: as forças produtivas em discussão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

MOREIRA ALVES, M.H. **Estado e oposição no Brasil (1964-1984)**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

MOURA, D. **Saúde não se dá: Conquista-se**. São Paulo: Hucitec, 1989.

NASCIMENTO, V.B. “Interdependência e autonomia na gestão pública da saúde”. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**. São Paulo, n. 52, p. 29-69, 2001.

NAVARRO, V. “The political economy of medical care: an explanation of the composition, nature and functions of present health sector of the United States”. In: NAVARRO, V. **Medicine under capitalism**. New York: Prodist, 1977. p.135-169

NEMES, M.I.B. "Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de Programação". In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 65-116.

NESCO. **Revista Espaço para Saúde. Íntegra do Relatório Final da 8ª CNS**. Revista do NESCO, ano 1, n. 0, Curitiba, 1989.

NUNES, E.D. "Tendências e perspectivas da investigação em ciências sociais e saúde na América Latina: uma visão geral". In: NUNES, E.D. (org.). **Ciências sociais e saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília. OPAS.1985, p.31-79.

NOGUEIRA, M. A. Gramsci: a questão democrática e a esquerda no Brasil. In: COUTINHO, C.N. & NOGUEIRA, M.A. (orgs.). **Gramsci e a América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 1988. p.129-152.

NOGUEIRA, M. A. **As possibilidades da política: idéias para a reforma democrática do Estado**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

OLIVEIRA, J. "Reforma se reformismo: 'democracia progressiva' e políticas sociais (ou 'para uma teoria política da Reforma Sanitária')". **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.4, n.3, p. 360-87, out./dez. 1987.

ORTIGA, A. M. B. **Efeitos da municipalização no acesso e na integralidade dos serviços de saúde, Blumenau, SC (1994-1998)**. Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.

PAIM, J.S. "Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás". **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 167-83, abr./jun. 1986.

PAIM, J.S. "Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da república". In: SILVA, L.M.V.da (Org.). **Saúde coletiva: textos didáticos**. Salvador: UFBA, 1994. p. 47-59.

PAIM, J.S. **Processo político e formulação de políticas de saúde**. ISC 003, Textos didáticos. Salvador: UFBA, 1997a. (mimeog.)

PAIM, J.S. "Modelos de proteção e promoção da saúde: sob o signo da iniquidade". **Tema**, n.14, p. 20-1, 1997b.

PAIM, J.S. "Perspectivas do sistema público de saúde no Brasil". **Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí**. Teresina, v.1, n.2, p.120-132, jul./dez. 1998.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA FILHO, N. (orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro, 1999, p. 489-503.

PAIM, J.S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu: Fundação UNI - Botucatu, n.9, p. 143-146, agosto,2001.

PIAZZA, W.F. **A colonização de Santa Catarina**. 3ª ed. Florianópolis: Ed. Lunardelli, 1994.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PORTELLI, H. **Gramsci e o bloco histórico**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

POSAS, C. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

PRADO JÚNIOR, C. “Teoria marxista do conhecimento e método dialético materialista”. **Discurso – Revista do Departamento de Filosofia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo**, ano IV, n.4, p. 41-78, 1973.

RIVERA. F.J.U. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

RIVERA, F.J.U. (Org). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Hucitec, 1989.

ROCHA, L.E. & NUNES, E.D. “Os primórdios da industrialização e a reação dos trabalhadores: pré-30”. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. (Orgs.). **Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1984. p.83-96.

RODRIGUES, K.F. **O método P.E.S. na municipalização da saúde em Blumenau: um estudo de caso**. Dissertação de mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de mestre em Saúde e Meio Ambiente da Universidade Regional de Joinville. Joinville,2001.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Unesp, 1994.

ROVERSI-MONACO, F. “Descentralização e centralização”. In: BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 5ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000. p.329-35.

SADER, E. **Estado e política em Marx: para uma crítica da filosofia política**. São Paulo: Cortez, 1993.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**. Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Nobel, 1998.

SANTOS, M. **Técnica, Espaço, Tempo. Globalização e meio-técnico científico informacional**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, M. & SILVEIRA, M.L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública**. Porto Alegre: L&PM editores, 1987.

SIEBERT, C. A evolução urbana de Blumenau. In: Theis, I. M.; Mattedi, M.A. ; Tomio, F.R. L. (orgs.). **Nosso passado (in)comum: contribuições para o debate sobre a história e a historiografia de Blumenau**. Blumenau: Ed. FURB & Ed. Cultura em Movimento, 2000b. (p. 181-213)

SIEBERT, C. Blumenau fim de século: o descontrole urbanístico e a exclusão sócio-espacial. In: Theis, I. M.; Mattedi, M.A. ; Tomio, F.R. L. (orgs.). **Novos olhares sobre Blumenau: contribuições críticas sobre seu desenvolvimento recente**. Blumenau: Ed. FURB ,2000b. (p. 277-310)

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo, 1998.

SILVEIRA, C.H. **Programa de Saúde da Família: um estudo de caso no município de Joinville – Santa Catarina**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 1999.

SIMÃO, V.M. **Blumenau: da indiferenciação étnica à diferenciação de classe**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1995.

SIMÃO, V.M. Da hegemonia passiva à hegemonia ativa. In: Theis, I. M.; Mattedi, M.A. ; Tomio, F.R. L. (orgs.). **Nosso passado (in)comum: contribuições para o debate sobre a história e a historiografia de Blumenau**. Blumenau: Ed. FURB & Ed. Cultura em Movimento, 2000. (p. 15-65)

SIMIONATTO, I. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no serviço social**. Tese de doutoramento em Serviço Social, PUC - São Paulo, 1993.

SIMIONATTO, I. **Política de seguridade social no Brasil – saúde**. Apresentado no I Encontro de Serviço Social na Esfera da Seguridade Social no Brasil. Belo Horizonte, 1997. (mimeog.).

SIMIONATTO, I. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no serviço social**. 2ª ed. Florianópolis: UFSC; São Paulo: Cortez, 1999.

SINGER, P. **Desenvolvimento econômico e evolução urbana: análise da evolução econômica de São Paulo, Blumenau, Porto Alegre, Belo Horizonte e Recife**. 2ª ed. São Paulo: Cia. Editora Nacional e EDUSP, 1977.

SINGER, P. "O uso do solo urbano na economia capitalista". In: MARICATO, E. **A produção capitalista da casa (e da cidade) no Brasil industrial**. São Paulo: Alfa-ômega, 1982.

SINGER, P. Desafios com que se defrontam as grandes cidades brasileiras. In: SOARES, J.A. & CACCIA-BAVA S. (orgs.). **Os desafios da gestão municipal democrática**. São Paulo: Cortez, 1998, p. 97-141.

SOUZA, C. "Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências". **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**. São Paulo, n. 52, p. 5-28, 2001.

SOUZA SANTOS, B. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 3ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 1994.

SOUZA SANTOS, B. **A construção multicultural da igualdade e da diferença**. In: Congresso Brasileiro de Sociologia, VII, Rio de Janeiro, UFRJ - Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, 4-6 set. 1995. (mimeog.)

SPINDEL, A. **O que é socialismo**. Coleção primeiros passos nº1. 5ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

STEFFAN, H.D. "Globalização, educação e democracia na América Latina". In: CHOMSKY, N. ; STEFFAN, H.D. **A sociedade global: educação, mercado e democracia**. Trad. Jorge Esteves da Silva. Blumenau: Ed. FURB, 1999 (p. 67-264).

STEIN, E. "Dialética e Hermenêutica". **Síntese**. Belo Horizonte, v.10, n. 29, p.21-48, set./dez., 1983.

SUBCOMANDANTE MARCOS. "A quarta guerra mundial já começou". In: DI FELICE, M. & MUÑOZ, C.(orgs.). **A revolução invencível**. Trad. Cláudia Schilling e Valter Pomar. São Paulo, Boitempo editorial, 1998.

TALBOT, Y. **Atenção primária e seu impacto sobre a saúde**. Curso de Aperfeiçoamento da Prática em Saúde da Família. Curitiba: CASSI, 2000. (mimeog.)

TARRIDE, M.I. **Saúde Pública: uma complexidade anunciada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

TEIXEIRA, S.F. "Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária". In: TEIXEIRA, S.F. (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez & ABRASCO, 1989a, p. 17-46.

TEIXEIRA, S.F. “Assistência na previdência social – uma política marginal”. In: SPOSATI, A.; FALCÃO, M. do C.; TEIXEIRA, S.M.F. **Os direitos (dos desassistidos) sociais**. São Paulo: Cortez, 1989b. p. 31-89.

TEIXEIRA, S.F. Municipalização da saúde e poder local na Brasil: relatório de pesquisa. **Revista de Administração Pública**, v.31, n.3, p.195-298, 1997.

TESTA, M. “Mario Testa e o pensamento estratégico em saúde”. In: RIVERA, F.J.U. (Org). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989 (p. 59-104).

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

TESTA, M. “De ilusiones perdidas e esperanzas futuras”. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, maio/ago. 2001.

THEIS, I.M. Processo de acumulação em Blumenau: uma interpretação crítica. In: Theis, I. M.; Mattedi, M.A. ; Tomio, F.R. L. (orgs.). **Nosso passado (in)comum: contribuições para o debate sobre a história e a historiografia de Blumenau**. Blumenau: Ed. FURB & Ed. Cultura em Movimento, 2000. (p. 165-80)

TOMIO, F.R.L. Breve história da burguesia industrial têxtil blumenauense. In: Theis, I. M.; Mattedi, M.A. ; Tomio, F.R. L. (orgs.). **Nosso passado (in)comum: contribuições para o debate sobre a história e a historiografia de Blumenau**. Blumenau: Ed. FURB & Ed. Cultura em Movimento, 2000. (p. 67-89)

TRAEBERT, J.L.; PERES, M. A.; GALESSO, E.R.; ZABOT, N.E.; MARCENES, W. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis a doze anos de idade. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.35, n.3, p.283-8, jun. 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1997.

VAITSMAN, J. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: TEIXEIRA, S.F. (org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez & ABRASCO, 1989, p. 139-156.

VANSUITA, R. **A política de saúde pública em Blumenau**: um processo de contradição. Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Regional de Blumenau. Blumenau, 1996.

VASCONCELOS, M.P.C. “Reflexões sobre saúde da família”. In: MENDES, E.V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 155-172.

VACCA, G. Estado e mercado, público e privado. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**. São Paulo, n. 24, p.151-64,1991.

VIANA, A.L.D. & DAL POZ, M.R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8, n. 2, 1998.

VIDOR, V. **Indústria e urbanização no nordeste de Santa Catarina**. Blumenau: Ed. FURB, 1995.

WAITZKIN, H.; IRIART,C.; ESTRADA, A.; LARNADRID, S. Social medicine then and now: lessons from Latin America. **American Journal of Public Health**. v. 91, n.10,p.1592-1601,October,2001.

10. FONTES DA PESQUISA DOCUMENTAL

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de 1989**. Blumenau, 1989.

BLUMENAU. Prefeitura Municipal de Blumenau. **Relatório de Atividades de 1990: Administração Kleinübing-Sasse**. Blumenau, 1990a.

BLUMENAU. Prefeitura Municipal de Blumenau. **Lei Complementar nº 01 – Instituí o Regime Jurídico Único para os Servidores Públicos do Município, das Autarquias e das Fundações Públicas instituídas e mantidas pelo Município, estabelece diretrizes gerais para sua implantação e da outras providências**. Blumenau, 1990b.

BLUMENAU. Prefeitura Municipal de Blumenau. **Lei Orgânica do Município de Blumenau**. Blumenau, 1990c.

BLUMENAU. Prefeitura Municipal de Blumenau. **Lei Complementar nº 25 – Cria o Conselho Municipal de Saúde**. Blumenau, 1991a.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual, dezembro de 1990 a novembro de 1991**. Blumenau, 1991b.

BLUMENAU. Prefeitura Municipal de Blumenau. **Lei nº 3.979 – Instituí a obrigatoriedade de escovação dental diária supervisionada nas unidades escolares da rede municipal de ensino**. Blumenau, 1991c.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de 1992**. Blumenau, 1992a.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual**. Blumenau, 1992b.

BLUMENAU. Prefeitura Municipal de Blumenau. **Lei nº 4003 – Institui o Fundo Municipal de Saúde**. Blumenau, 1992c.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de 1993**. Blumenau, 1993a.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Semestral de julho a dezembro de 1993**. Blumenau, 1993b.

BLUMENAU. Prefeitura Municipal de Blumenau. **Projeto FAISCA**. Blumenau, 1993c.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de 1994**. Blumenau, 1994a.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da Iª Conferência Municipal de Saúde**. Blumenau, 1994b.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Semestral de janeiro a junho de 1994**. Blumenau, 1994c.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Semestral do 2º semestre de 1994**. Blumenau, 1994d.

BLUMENAU. Prefeitura Municipal de Blumenau. **Lei nº 4.432 – Ratifica o Convênio nº 790/94, que trata do Programa de Saúde da Família e da outras providências**. Blumenau, 1994e.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual**. Blumenau, 1995a.

BLUMENAU. Prefeitura Municipal de Blumenau. **Lei Complementar nº 84 – Institui o Código de Saúde do Município de Blumenau**. Blumenau, 1995b.

BLUMENAU. Prefeitura Municipal de Blumenau. **Projeto de Lei Complementar nº 124 – Transforma a Fundação Hospitalar de Blumenau em Fundação Municipal de Saúde. Dispõe sobre seus fins, sua estrutura administrativa e dá outras providências**. Blumenau, 1995c.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da IIª Conferência Municipal de Saúde**. Blumenau, 1996a.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual**. Blumenau, 1996b.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de trabalho do PSF**. Blumenau, 1996c.

BLUMENAU. Prefeitura Municipal de Blumenau. **Lei Complementar nº 127 – Dispõe sobre o Plano de Carreira dos Servidores do Poder Executivo e dá outras providências**. Blumenau, 1996c.

BLUMENAU. Prefeitura Municipal de Blumenau. **Lei Complementar nº 132 – Altera a redação dos artigos 4º e 6º da Lei Complementar nº 25, de 19 de dezembro de 1991, dispõe sobre a criação dos distritos norte e sul e dos respectivos Conselhos Distritais de Saúde, e da outras providências**. Blumenau, 1996d.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde - período 1997-2000**. Blumenau, 1997.

BLUMENAU. Instituto de Pesquisas e Planejamento Urbano de Blumenau. **Dados sócio-econômicos de Blumenau e Santa Catarina -2000**. Blumenau, 2001a.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – PERÍODO 20001-2004**. Blumenau, 2001b.

CONSELHO INTERSINDICAL DE SAÚDE E AMBIENTE DE TRABALHO - CISAT. **Ata da Assembléia Geral, realizada em 14/08/1993**.

CONSELHO INTERSINDICAL DE SAÚDE E AMBIENTE DE TRABALHO – CISAT. **Estatuto do CISAT**. Blumenau, 1993.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Regimento Interno**. Blumenau, 1992d.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 26/03/92**.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 15/04/92**.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 20/05/92**.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 17/06/92**.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 15/07/92**.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 19/08/92**.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 16/09/92**.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 28/10/92**.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 18/11/92**.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 09/12/92**.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 10/02/93**.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 10/03/93.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 17/03/93.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 07/04/93.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 05/05/93.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 02/06/93.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 07/07/93.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 04/08/93.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 08/09/93.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 06/10/93.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 17/11/93.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 08/12/93.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 09/02/94.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 02/03/94.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 29/06/94.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 20/07/94.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 10/08/94.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 27/09/94.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 26/10/94.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 16/11/94.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 15/02/95.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 16/03/95.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 01/06/95.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 21/06/95.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 16/08/95.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 20/09/95.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 06/12/95.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 14/02/96.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 20/03/96.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 17/04/96.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 23/05/96.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 17/07/96.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 17/10/96.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 20/11/96.**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião ordinária do CMS de Blumenau, realizada em 18/12/96.**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Blumenau, realizada em 01/04/92.**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Blumenau, realizada em 06/05/92.**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Blumenau, realizada em 14/10/92.**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Blumenau, realizada em 11/11/92.**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Blumenau, realizada em 17/08/94.**

SANTA CATARINA. Secretaria de estado da Saúde. **Estatuto da ASSESC** – Associação de Serviços Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina. Florianópolis: ASSESC, 1986.

SANTA CATARINA. Secretaria de estado da Saúde. **Estatuto do COSEMS** – Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Florianópolis: COSEMS, 1994.

ANEXO I**FORMULÁRIO ENTREVISTA A SER APLICADO AOS EX-SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE SAÚDE DE BLUMENAU:****Entrevista nº: ____****____ Encontro****Data: _____****Horário: _____****Dados do entrevistado:****a)Nome do entrevistado:****b)Idade:****c)Especialidade:****d)Locais de Trabalho:****e)Período em que ocupou o cargo de Secretário Municipal de Saúde de Blumenau?****1. Quais foram seus projetos de governo no seu período como Secretário Municipal de Saúde e o que foi possível realizar?****2. Quais as forças políticas que apoiavam, quais as que se opunham e quais as maiores dificuldades políticas, existentes, para a implantação dos projetos? 3. Como eram organizados os Serviços de Saúde de Blumenau****(na rede pública e na rede privada) no seu período como Secretário Municipal de Saúde?****4. Como o Sr. vê os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde para a organização dos Serviços de Saúde de Blumenau?**

ANEXO II**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

As informações contidas neste documento são fornecidas pelo prof. Alcides Rabelo Coelho, com o objetivo de firmar acordo por escrito, mediante o qual, o ex-secretário municipal de saúde de Blumenau, selecionado para a pesquisa, autoriza sua participação, com pleno conhecimento da natureza dos exames e riscos a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

1. Título do trabalho:

O SUS no Município de Blumenau – S.C., dos primórdios à 1996.

2. Objetivos:

Analisar as características políticas que o Sistema Único de Saúde assume em Blumenau, tomando como referencial o processo político, social e institucional de reestruturação dos serviços de saúde no Brasil, a partir da década de 80.

3. Justificativa:

Esta pesquisa pretende estudar as características políticas que o processo de construção do SUS assume em um município específico de Santa Catarina – Blumenau - tomando como referência o processo político, social e institucional de reestruturação dos serviços de saúde no Brasil, a partir da década de 80, na busca de uma nova ordem social, fundada na universalidade, hierarquização e

descentralização, descrevendo e contextualizando o processo político de sua implantação.

Ao mesmo tempo busca entender e analisar o processo através da representação social dos sujeitos gestores da política municipal de saúde, os ex-secretários municipais de saúde, em relação as opções políticas na área da saúde, as questões do poder, da governabilidade, do projeto e capacidade de governo, bem como da formação de blocos históricos no SUS de Blumenau.

Busca, ainda, analisar os princípios e diretrizes do SUS no processo assistencial de saúde, vigente em Blumenau, no sentido de gerar subsídios teóricos e práticos direcionados para a sua ampliação e consolidação.

Estudar o Sistema Único de Saúde de Blumenau, justifica-se também pela escassez de trabalhos existentes sobre a saúde do município.

4. Procedimento do estudo:

Os ex-secretários municipais de saúde de Blumenau serão entrevistadas através da técnica de entrevista semi-estruturada e dados adicionais serão coletados a partir de análise de documentos sobre o Sistema Único de Saúde de Blumenau.

5. Desconforto ou risco:

Nenhum desconforto ou risco é esperado neste tipo de trabalho.

6. Benefícios do estudo:

Identificar possíveis subsídios teóricos e práticos direcionados para a ampliação e consolidação das tendências contra-hegemônicas em saúde, ou seja, o SUS enquanto processo social em construção, com suas conquistas sociais, no município de Blumenau, Santa Catarina.

7. Informações:

Os ex-secretários municipais de saúde participantes do estudo têm a garantia de que receberão respostas e esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada ao estudo e aos procedimentos.

8. Retirada do consentimento:

Os ex-secretários municipais de saúde de Blumenau têm a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo.

9. Consentimento pós-informação:

Eu, _____, RG _____, certifico que tendo lido as informações acima e suficientemente esclarecido de todos os itens pelo prof. Alcides Rabelo Coelho e colaborador, estou plenamente de acordo com a realização deste trabalho. Assim, autorizo e garanto a minha participação no trabalho proposto acima.

Blumenau, 23 de novembro de 2001.

Assinatura

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

AUTORIZAÇÃO

Tendo sido convidado a participar da pesquisa O SUS no município de Blumenau – S.C., eu, _____, RG _____, diante do que me foi explicado, concordo em responder às questões sobre o SUS em Blumenau – SC, dos primórdios à 1996.

Assinatura

Blumenau, ____ de _____ de 2001.