

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE AIDS E SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE SANTOS – SP

SOCIAL RIGHTS AND PUBLIC POLICY: HIV/AIDS PREVENTION & TREATMENT AND MENTAL HEALTH IN THE CITY OF SANTOS – SP

IRINEU BARRETO FRANCISCO JÚNIOR*

RESUMO: Este artigo analisa o direito social de acesso à saúde pública, especificamente as políticas públicas municipais de prevenção, tratamento de Aids e saúde mental, desenvolvidas na cidade de Santos, Estado de São Paulo. Foram as primeiras gestões municipais após a criação do Sistema Único de Saúde, período que se reveste de grande relevância, por ser o início da adesão das prefeituras ao novo sistema público de saúde no qual municipalização e descentralização das ações tiveram status central. A pesquisa envolveu levantamento bibliográfico, documental, matérias jornalísticas em mídia impressa no acervo da hemeroteca municipal e realização de entrevistas, com gestores públicos envolvidas com a saúde na cidade, ao longo do período analisado. O processo de municipalização das políticas sociais colocou os prefeitos no centro das decisões sobre o modelo de política que seria oferecido às populações de cada localidade. Foi o que ocorreu em Santos, que conheceu uma experiência atípica de políticas públicas, dentre as quais se destacaram a política de saúde pelo pioneirismo – considerando que o país ainda atravessava o estágio inicial de implantação do SUS – e pela inovação.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas, Gestão Municipal. AIDS. Saúde Mental. Descentralização.

ABSTRACT: *This paper deals with social right of access to public, with a focus on health municipal policies of HIV/AIDS Prevention & Treatment and Mental Health programs, developed in Santos, São Paulo. It was the first local government after the creation of the Sistema Único de Saúde, a period that is of great importance because it is the beginning of their local government to the new public health system, in which the decentralization of actions had central status. The research involves literature, documentary, newspapers in the collection of municipal newspaper library and interviews with public officials involved in health in the city. The decentralization process of social policies put the mayors at the center of decisions about the political model that would be offered to the population of each locality. It happened in Santos, who met an atypical experience of public policies, among which stood out health policy by pioneering - considering that the country is still going through the initial stage of implementation of SUS - and innovation.*

KEYWORDS: *Public policy, local management. HIV/AIDS. Mental Health. Decentralization.*

* Doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. Docente do Programa de Mestrado em Direito da Sociedade da Informação e do Curso de Graduação em Direito do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU-SP). E-mail: neubarreto@hotmail.com.

SUMÁRIO: 1 Introdução. 2 Políticas de Saúde na cidade de Santos. 3 Prevenção e Tratamento da Aids. 4 Programa de Saúde Mental. 5 Considerações Finais. Referências.

1 INTRODUÇÃO

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

Diversos autores¹ discutem o processo de transformação ao qual foi submetida a política de saúde que, após a promulgação da Constituição, necessitou ainda de mais uma década de regulamentações (leis complementares, portarias e normas operacionais do Ministério da Saúde) para adquirir os contornos atualmente apresentados. São escassos, porém, estudos que investiguem como essas mudanças rebateram e transformaram os sistemas municipais de saúde. São raras, também, discussões sobre a influência do processo da descentralização da saúde sobre os demais componentes da esfera municipal, assim como sobre o embate de forças políticas locais, a questão da saúde na agenda dos processos eleitorais dos prefeitos e o comportamento das comunidades e demais agentes locais diante do novo quadro.

A *cidade* já é, potencialmente, *locus* privilegiado para o embate de forças políticas em sentido amplo, uma vez que, em seu território, há espaço para abrigar os consensos e dissensos existentes na sociedade. Com as inovações propiciadas pela municipalização da política de saúde, em que a esfera local ganha força, atribuições

1 ARRETICHE; BORON; COHN; SOUZA; WESTPHAL, entre outros.

e recursos na condução de uma política que diz respeito ao interesse de toda a coletividade, é esperado que a saúde ganhe importância na agenda local, não apenas quanto aos componentes de ordem sanitária, mas também, especialmente, no embate das forças políticas locais.

Este artigo tem como objetivo principal apresentar os resultados de pesquisa de doutorado, realizada sobre as políticas municipais de prevenção, tratamento de Aids e saúde mental, na cidade de Santos, Estado de São Paulo, em perspectiva histórica sobre o período 1989-1996. Foram as primeiras gestões municipais após a criação do Sistema Único de Saúde, período que se reveste de importância, por ser a gênese da adesão das prefeituras ao novo sistema público de saúde. A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde foram generalistas, serviram muito mais para estabelecer os princípios do SUS, do que efetivamente regulamentá-lo e definir a sistemática de adesão das cidades ao novo modelo, no qual a descentralização e municipalização das políticas tiveram caráter estratégico. As políticas de prevenção e tratamento da Aids e de saúde mental foram eleitas para a pesquisa, em razão das características da cidade de Santos² e pelas inovações adotadas, pela cidade, na condução dessas ações.

A pesquisa foi realizada a partir de um amplo levantamento bibliográfico sobre os aspectos teóricos envolvidos no estudo e, especificamente, sobre a gestão da saúde na cidade de Santos, o que envolveu livros, teses e dissertações, além de artigos e estudos publicados em revistas científicas. Foi realizado ainda levantamento de matérias jornalísticas em mídia impressa, no acervo da hemeroteca municipal. As lacunas existentes na pesquisa bibliográfica e documental foram suprimidas através da realização de entrevistas, com pessoas que estavam envolvidas com a questão da saúde na cidade,³ ao longo do período analisado.

2 A cidade de Santos apresentava os maiores coeficientes de Aids, entre as cidades brasileiras, na década de 1990, em razão das atividades do porto, prostituição e elevadas taxas de drogadição na sua população. Além disso, situava-se, na cidade o Hospital Anchieta, um grande e arcaico estabelecimento de internação psiquiátrica. Essas informações serão detalhadas na unidade específica do artigo.

3 Foram entrevistados: Dr. Marco Manfredini (*dentista, coordenador do Programa de*

2 POLÍTICAS DE SAÚDE NA CIDADE DE SANTOS

Houve praticamente um consenso, nos meios políticos e na área da saúde – universidade, gestores de serviços e movimentos populares – que avaliou a experiência de Santos na construção de um sistema local de saúde nas gestões municipais de Telma de Souza (1989-92) e David Capistrano (1993-96) como altamente positiva, que se transformou em referência nacional da viabilidade do modelo de descentralização da política de saúde propugnada pelo SUS, após a Constituição de 1988. Essa avaliação⁴ baseava-se, principalmente, nas seguintes características dessas administrações em Santos:

- adesão imediata ao processo de descentralização, logo após a promulgação da Constituição de 1988, através da municipalização, dos serviços de saúde num momento em que o Sistema Único de Saúde – SUS ainda estava na sua gênese;
- ampliação da rede de serviços e da oferta de recursos humanos para atendimento da população;
- enfrentamento da questão da epidemia de Aids que assolava o município, em razão da prostituição, especialmente nas regiões central e portuária, e da exposição aos danos do uso de drogas injetáveis, numa política que foi pioneira em todo o Brasil na distribuição, aos soropositivos, de medicamentos de alta tecnologia e elevado custo. Além de seringas descartáveis aos usuários de

Saúde Bucal no governo David Capistrano); Dr. Fábio Mesquita (médico, coordenador do Programa de DSTs/Aids no governo Telma de Souza); Dr. Roberto Tykanoti Kinoshita (psiquiatra, interventor na Casa de Saúde Anchieta nos governos Telma de Souza e David Capistrano); Dr. Odílio Rodrigues Filho (médico, secretário de Saúde no governo Beto Mansur); Dr. Edmon Atik (médico, secretário de Saúde no governo Beto Mansur); Dra. Selma Freire (médica, assessora do Dr. Tomas Söderberg, secretário da Saúde no governo Beto Mansur); Dra. Jocelene Batista Pereira (médica, admitida através de concurso na rede municipal de Saúde durante o governo Telma de Souza e que continuou atendendo na rede ainda durante o governo Beto Mansur); Dra. Berta Maria Esteves (dentista, presidente do Conselho Municipal de Saúde no governo Beto Mansur).

4 Resultado das entrevistas na pesquisa empírica.

drogas, o que rendeu diversas premiações internacionais ao município;

- exercício do papel de vanguarda na política antimaniacomial, baseada na desospitalização e na reintegração familiar, social e profissional dos enfermos da saúde mental, o que teve como principal marca a intervenção na Casa de Saúde Anchieta;
- ampliação da participação popular, através da realização de conferências e da interlocução com o conselho municipal de saúde;

A implantação do SUS em Santos teve início em 1989 e, segundo os estudos realizados, sua história coincide com a da construção e implantação do sistema no país. O período 1989-1992 pode ser considerado aquele em que ocorreu a estruturação do sistema público de saúde municipal em Santos, que não existia anteriormente. Destacam os registros bibliográficos⁵ que, nos dois primeiros anos de governo, a Secretaria Municipal de Saúde envidou esforços na implantação de uma rede de serviços de saúde, o que exigia, inicialmente, a montagem de uma rede básica de serviços, composta de unidades de saúde distribuídas pelos bairros, de maneira que pudesse oferecer suporte às novas atribuições e responsabilidades dos gestores municipais, de acordo com as diretrizes do SUS no atendimento às demandas em termos preventivos, de diagnóstico e tratamento. Em 1989 foi assinado o Convênio de Municipalização entre a cidade e o Ministério da Saúde, permitindo ao município assumir o gerenciamento dos três centros de saúde da cidade, que até então estavam sob gestão estadual. Foram ainda municipalizadas as ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Ocorreu, ainda em 1989, a intervenção municipal no Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, “o que deu início a um processo de mudanças visando um novo enfoque no atendimento, centrado na recuperação da cidadania do doente mental”.⁶

5 CAMPOS; CAPISTRANO; CHIORO; HENRIQUES; KINOSHITA.

6 PIMENTA, 1997.

Segundo estudo do Instituto Pólis, não havia, em Santos, falta de leitos hospitalares em sentido absoluto, porém, faltavam leitos para atendimento da população que não pudesse se socorrer de serviços privados e os dependentes da previdência social.⁷ Ainda segundo o Pólis, quando a administração tomou posse, apenas três hospitais da cidade eram conveniados ao Inamps:⁸ a Santa Casa de Misericórdia, que atravessava um momento de crise financeira; o hospital Estadual Guilherme Álvaro; e o Hospital dos Estivadores, que operava com apenas um terço da sua capacidade. A rede municipal possuía apenas um hospital, no distrito de Bertiooga, que atendia apenas à população de suas imediações.

É perceptível que a experiência da saúde, em Santos, foi possível apenas em razão da promulgação da Constituição Federal, em 1988, que acabara de ser aprovada no início da gestão Telma de Souza (1989-1992), sendo que o SUS foi regulamentado no ano seguinte, pelas Leis 8.080 e 8.142, que definem sua organização e suas formas de controle pela sociedade. Sem os marcos legais a experiência do SUS local certamente não teria prosperado, uma vez que foram neles estabelecidos os arranjos institucionais, que viriam a conferir maior responsabilidade aos governos locais na condução das políticas, representando, naquele momento, a determinação forte para que política de saúde seguisse os rumos e princípios aprovados na Assembleia Nacional Constituinte.⁹

Outra ênfase da política de saúde em Santos foi a da epidemiologia, ou seja, a promoção de ações voltadas aos grupos vulneráveis, de maneira preventiva, procurando evitar o surgimento de novos casos de doenças ou o agravamento do quadro clínico de pacientes já enfermos. O Programa de Atendimento Domiciliar foi um dos serviços criados pela Secretaria da Saúde, em 1990, e oferecia opção para que pacientes com câncer ou problemas vasculares, soropositivos e outros que não necessitassem de

7 FERREIRA E ALMEIDA, 1994.

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

9 FERREIRA; ALMEIDA, 1994.

internação pudessem receber acompanhamento e atendimento domiciliar, através de equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais.

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

No final de 1992 começaram a surgir os primeiros efeitos locais da recessão, com repercussões significativas no orçamento da Prefeitura, em decorrência de queda nas receitas. Isso não impediu, porém, que, principalmente devido aos êxitos e à visibilidade nacional e internacional adquirida pelo sistema local de saúde, a gestão petista de Telma de Souza elegeu seu sucessor, o médico David Capistrano, seu secretário de saúde e um dos principais responsáveis pela condução dessa política. Em janeiro de 1993 iniciou-se a segunda gestão analisada neste artigo (Davi Capistrano), que pode ser considerada, nos seus dois primeiros anos, como o período da organização e consolidação da rede criada no período anterior, assim como dos programas e ações que passaram a ser executados no governo anterior. A expansão dos serviços de saúde ocorrida na primeira administração – num período relativamente curto, uma vez que inexistia, até então, um sistema local de saúde e a rede estadual havia sido transferida para gestão municipal – fez com que se revelasse uma série de limitações na organização interna da secretaria que, se não enfrentadas rapidamente, poderiam ter impacto na qualidade dos serviços.¹⁰

Além disso, a crise financeira da prefeitura, iniciada em 1992 com a diminuição da parcela de recursos federais para co-

10 PIMENTA, 1997.

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

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

Chegamos a ter atrasos de alguns dias no pagamento de salários, reduzimos despesas com o custeio, devemos a fornecedores, estamos enfrentando jurídica e politicamente os bancos, mas é a única opção possível, pois, a nos resignarmos a ser apenas 'administradores' (zeladores) num quadro de carências sociais como vive nosso povo, melhor nem ser prefeito.¹¹

Ocorreu, em 1994, a adesão do município de Santos ao modelo de gestão Semiplena, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o que significou um avanço na autonomia municipal e na capacidade de a administração continuar inovando e aperfeiçoando seu sistema local. Naquele período, o processo de descentralização da política pública de saúde no Brasil atravessou uma série de arranjos e rearranjos institucionais no desenvolvimento de mecanismos que viabilizassem a determinação constitucional de descentralizar a política de saúde, municipalizando sua gestão. Em 1994, vigorava

11 CAPISTRANO *apud* CAMPOS E HENRIQUES, 1997.

a Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde 1993 – NOB 93, que preconizou três modelos de gestão para a adesão dos municípios ao SUS, formatos que variavam de acordo com o nível de pré-requisitos, responsabilidades e de competências que seriam atribuídos aos gestores locais na condição da política: modelos de gestão incipiente, parcial e semiplena, sendo esse último o mais avançado, ou seja, aquele no qual o município assume a maior parcela de responsabilidades e de atribuições.

A gestão Semiplena, assumida pela administração de Santos, viabilizou mudanças qualitativas no trabalho que vinha sendo realizado pelo município, não só pelo aumento de recursos financeiros, mas, sobretudo, porque possibilitou estabelecer outro tipo de relação com o setor privado contratado, particularmente a área hospitalar, uma vez que nesse modelo de gestão a cidade tornava-se responsável pela gestão de todos os serviços de saúde, vinculados ou não ao SUS, existentes em seu território.¹²

O final da gestão de 1992, coincidiu com o último ano no governo Collor, quando ocorreu seu *impeachment*, e o SUS, assim como os demais sistemas e serviços sob gestão do governo federal, atravessou um de seus piores momentos. Houve um desmantelamento dos serviços federais e, especialmente, uma queda drástica nos recursos repassados aos governos municipais, em razão dos escassos recursos financeiros, com reflexos nos sistemas locais de saúde. Nesse período foi realizada a II Conferência Municipal de Santos, com discussões e balanço da implementação do SUS no município, na qual se destacam a avaliação de que a maioria das deliberações da conferência anterior havia sido cumprida e a eleição de um novo conselho, que viria a participar de maneira ativa de todas as discussões referentes à política de saúde.

12 Posteriormente, entre 1995 e 1996, houve uma nova expansão dos serviços e o município, ainda em decorrência da adesão à gestão semiplena, passou a gerenciar a totalidade dos recursos repassados pelo governo federal para a saúde, incluída a parcela destinada ao setor privado contratado.

3 PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA AIDS

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

Para enfrentar a Aids, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou uma estratégia que consistia em várias frentes, dentre as quais a estruturação de serviços para prestar atendimento de boa qualidade aos doentes e desenvolver ações de caráter educativo e preventivo, assim como procurar criar uma nova mentalidade em relação aos portadores do vírus, combatendo o preconceito e a marginalização social.¹³

Há um relato relevante sobre esse período, que ilustra a situação da Aids em Santos e a iniciativa da prefeitura de enfrentar essa questão, obtido através de entrevista com Fábio Mesquita, coordenador do Programa de DSTs/Aids na gestão 1989-1992:

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

13 ANDRADE *et al.* In: CAMPOS E HENRIQUES, 1997.

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

Segundo o estudo do Instituto Pólis (1994), a distribuição de seringas e o programa de redução de danos para usuários de drogas foram discutidos em seminário público, realizado em 1989, o que provocou uma ação do Ministério Público e a abertura de um inquérito policial para investigar a ação. Amparados no Código Penal, os promotores do MP pretenderam classificar a distribuição de seringas como facilitação ao uso de drogas. O Ministério Público logrou êxito em sua ação: a distribuição de seringas foi suspensa e o programa foi redirecionado para orientar o usuário de drogas injetáveis a lavar corretamente a seringa utilizada. Esse embate foi prolongado até o início do governo David Capistrano, quando a gestão conseguiu o retorno da distribuição de seringas, hoje amplamente disseminada.

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

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

Seguindo as mesmas diretrizes estabelecidas na administração anterior, houve continuidade e ampliação do programa municipal de DST/Aids em Santos, ao longo da gestão 1993-1996, em que se procurou consolidar e ampliar a rede para tratamento dos soropositivos que havia sido iniciada no governo anterior, além de reforçar o combate ao surgimento de novos contágios, através de medidas educativas e preventivas, concentradas em segmentos populacionais submetidos a maior risco de contrair o HIV e disseminá-lo. A marca da nova administração, no que se refere à Aids, ocorreu em 1996, com a adoção da terapia combinada de drogas no tratamento da Aids, também conhecida como “coquetel”. Essa ação merece um detalhamento mais cuidadoso e pormenorizado.

Em 1996,¹⁴ um grupo de pacientes procurou a Secretaria Municipal da Saúde reivindicando o tratamento com o “coquetel”, uma proposta terapêutica até então recente, baseada na prescrição de três medicamentos antirretrovirais, conforme a nomenclatura médica.¹⁵ A ação desse grupo de soropositivos provocou acaloradas discussões na gestão sobre as possibilidades e o sentido da introdução dessa nova modalidade terapêutica: os elevados custos não inviabilizariam sua manutenção? Não seria incontrollável a demanda, uma vez aberto o processo para alguns casos? Mas como abdicar de um tratamento que poderia trazer efetivas mudanças de prognóstico?¹⁶

Numa decisão inédita até então, entre administrações municipais, prevaleceu a opção pelo enfrentamento “radical” da epidemia, acordando-se que a Secretaria garantiria o tratamento de um número limitado de pacientes e que seria iniciado um processo de gestões junto ao Ministério da Saúde para que esses medicamentos fossem incluídos na lista daqueles custeados por

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

15 ANDRADE *et al.*, 1997.

16 *Idem*, 1997.

recursos do Ministério, o que viria mesmo a ocorrer posteriormente. A partir de abril de 1996 o município passou a oferecer tratamento através de retrovirais para 200 pacientes, e o uso do “coquetel”, não apenas em Santos, mas no mundo inteiro, viria a se revelar uma das mais eficazes formas de neutralizar os efeitos da Aids sobre os soropositivos, aumentando a sobrevivência, a qualidade de vida do enfermo e, em alguns casos, quando adotado de forma precoce no início do contágio, zerando a contagem do HIV.

4 PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

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

Após inúmeras denúncias de maus tratos aos internos e da morte de dois pacientes, em 1989, a prefeitura resolveu realizar uma inspeção na instituição, na qual a prefeita, acompanhada por técnicos da Secretária da Saúde, pela Comissão Teotônio Vilela de Direitos Humanos, pela OAB e entidades da sociedade civil, além da maciça presença da imprensa, abriu as portas do Anchieta, tornando públicas sua realidade, a situação de violência física e moral e as péssimas e desumanas condições em que se encontravam os pacientes. Havia 280 leitos para mais de 500 internos e, segundo relatos, estes leitos eram ocupados pelos que estavam menos dopados ou eram mais forte, enquanto os demais internos dormiam no chão, sem colchões ou qualquer tipo de proteção. Não havia profissionais de saúde qualificados para atender aos internos – todo o pessoal médico e administrativo, incluindo cinco médicos assistentes, resumia-se a um quadro de 60 funcionários,

muitos em afastamento por saúde, férias, ou que simplesmente não compareciam ao hospital – e os 20 atendentes que lá estavam lotados costumavam aplicar eletrochoques como forma de punição e castigo por indisciplina.

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

Sobre a intervenção, relato obtido através de entrevista com Roberto Tykanoti Kinoshita, interventor na Casa de Saúde Anchieta nos governos Telma de Souza e David Capistrano, aponta que,

no primeiro trimestre de 89, houve uma seqüência de denúncias de mortes violentas dentro do hospital. Três ou quatro. Isso, como dizia o Davi Capistrano, poderia passar como uma questão de não responsabilidade do município. Lembrar que 89 é o primeiro ano após a promulgação da Constituição. Era um momento que institucionalmente as atribuições e responsabilidades eram bastante incertas. Em 89 não tinha a Lei do SUS. Então, a interpretação do poder municipal diante da nova Constituição era um certo vácuo. Capistrano disse que a gente poderia fazer de conta que não tinha nada a ver conosco. Deixar para o Estado. Deixar essas denúncias para a esfera da tradição, no sentido de sempre remeter à esfera superior, porque não tem solução nenhuma de se responsabilizar. Porém, o município havia tomado para si a responsabilidade de zelar, garantir os direitos dos indivíduos e essa era a construção político-institucional do Capistrano. A intervenção aconteceu e foi uma intervenção do poder municipal na defesa e da construção dos poderes e dos direitos do cidadão e de todos os cidadãos, inclusive aqueles que estavam internados.

Após a intervenção, a primeira regra institucional adotada foi a *proibição de qualquer ato de violência contra os pacientes*, incluindo a utilização de celas-fortes e do eletrochoque.¹⁷ Outra medida importante foi a abertura de todas as áreas do hospital na sua parte interna, permitindo a livre circulação dos pacientes pelos pátios, corredores e quartos, o que diminuiu a tensão no hospital, uma vez que, antes, os internos eram obrigados a ficar confinados no pátio, durante o dia, porque não havia profissionais para assisti-los.

Foi realizado ainda, durante o início do processo de intervenção, um intenso trabalho de avaliação clínica dos pacientes, no qual foram diagnosticados diversos casos de hipertensão, diabetes, diarreias e, sobretudo, pediculose (piolhos) e escabiose (sarna), que configuravam uma epidemia local.¹⁸ Outra ação relevante nesse período foi a tentativa de se reconstruir a identidade para os pacientes, resgatando coisas simples, como o nome, a fixação de leitos para cada um deles, liberação do horário de visitas e até mesmo a reconstituição do mínimo de suas histórias de vida, perdidos nos anos de *cárcere*.¹⁹

O impacto da intervenção alçou o tema da saúde mental para o topo das prioridades governamentais de intervenção na área da Saúde e gerou um movimento de aglutinação em torno desta questão, envolvendo familiares dos doentes e técnicos da área, além de pessoas da comunidade não-qualificadas tecnicamente, artistas, professores, cidadãos, que queriam prestar seu apoio e solidariedade.²⁰ Ainda sob os ecos da intervenção, estruturou-se um programa considerado ambicioso em seu objetivo, que visava dispensar o uso de manicômios na cidade, inspirando-se no trabalho de Franco Basaglia, na cidade de Trieste, Itália. Com a implantação do Programa de Saúde Mental, houve um gradual processo de desospitalização dos doentes em condições de acompanhamento fora das instituições: dos 531 pacientes existentes em 1989, menos

17 KINOSHITA. In: CAMPOS E HENRIQUES, 1997.

18 KINOSHITA, 1997.

19 *Idem*.

20 FERREIRA E ALMEIDA, 1994.

de 80 considerados crônicos ou originários de outros municípios permaneceram internados.²¹ O programa seria pautado nas seguintes diretrizes:

- construção/reconstrução dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico;
- criação de um modelo assistencial totalmente substitutivo ao modelo manicomial;
- transformação cultural da discriminação, estigma e exclusão em relação às pessoas com sofrimento psíquico.²²

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

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

21 *Idem.*

22 KINOSHITA, 1997.

produção artesanal, participavam na fabricação de blocos para a construção civil, na reciclagem de lixo e na prática da jardinagem.

A ação de inserção social e profissional de maior visibilidade e eficácia foi, porém, o *Centro de Convivência Tantam*, no qual se desenvolviam inúmeras atividades no campo artístico, como teatro, pintura, marcenaria, vídeo e, a partir do momento em foi adquirido um aparelho de som e um microfone, iniciou-se uma programação de rádio dentro do hospital, criando assim a *Radio Tantam*. Na sua programação, um paciente relatava diariamente as notícias de um jornal e recados internos e, animados com o sucesso da iniciativa, seus idealizadores montaram uma equipe com pacientes que possuíam maior desenvoltura de voz, locução e imitação, procurando tornar público o programa. Foram convidados ainda adolescentes para integrar a equipe do programa que foi ao ar, pela primeira vez, em 5 de novembro de 1990, pela Rádio Universal, de Santos, e a combinação de adolescentes e excluídos assegurou o sucesso do programa.²³

Relato obtido através da entrevista com Roberto Tykanoti Kinoshita revela que, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta foi objeto de exaustiva análise quanto a seus riscos e impactos, no seio da administração e mesmo do Partido dos Trabalhadores em Santos. Segundo esse relato,

Oitenta e nove foi um momento de cidades sendo assumidas pelo PT. Nesse ethos cultural, eu diria assim, pós-Constituição, a vontade de construir o país dominava o Brasil nessa época. Era uma confusão, porque todo mundo queria construir o país e, ao mesmo tempo, com muito receio da história, imaginariamente, do vermelho do PT. Fazendo eco ainda as discussões anticomunistas. Todo receio era o seguinte: 'os radicais assumiram a cidade e vão tomar o capital', porque a Casa de Saúde Anchieta era uma entidade privada de físico e ativos. Então, parte do governo era contra a intervenção. Olha, vamos estar dando um tiro no pé. Vamos acirrar todos os preconceitos, todas as coisas. Levantar a cidade contra o governo no terceiro mês de governo.

Toda essa expansão de serviços significou um acréscimo no quadro de recursos humanos municipais, que saltaram de 1.246

23 FERREIRA E ALMEIDA, 1994.

funcionários, em janeiro de 1991, para 1.890 no início do ano seguinte, incluindo-se aqueles que foram “municipalizados”, ou seja, funcionários do governo estadual, alocados nos serviços de saúde, que passaram à gestão municipal e, dessa maneira, ao quadro funcional do município. O aumento tanto de serviços como de pessoal foi custeado basicamente com recursos municipais, já que os repasses do governo federal não representavam mais de 11% do gasto total com serviços de saúde.²⁴

A gestão 1993-1996 manteve as diretrizes iniciais do processo desencadeado com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, consubstanciadas em desinstitucionalizar os pacientes internados e criar o Programa de Saúde Mental na cidade.²⁵ Ao final dessa gestão, foram implementados cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPs), além de outros equipamentos, como a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Lar Abrigado Manuel da Silva, o Centro de Convivência TanTam, um sistema de retaguarda de atendimento psiquiátrico às urgências/emergências, no Pronto-Socorro Central, e o Núcleo Atenção ao Toxicodependente.

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

24 CAMPOS E HENRIQUES, 1997.

25 KINOSHITA, 1997.

da Cooperativa Mista Paratodos, numa tentativa de emancipar e garantir a geração de renda para os portadores de agravos à saúde mental.

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

Entretanto, a intervenção no Anchieta foi questionada na justiça pelo Ministério Público e pelos seus antigos proprietários, que exigiam um ressarcimento financeiro pelo imóvel, o que provocou inúmeros constrangimentos e ameaças à ex-prefeita Telma de Souza, aos seus secretários e aos gestores responsáveis pela medida. Essa ação se arrastou através de vários anos, até que decisão proferida pela justiça, em julho de 2003, através da 2ª. Vara da Fazenda da Comarca de Santos, julgou como improcedente a ação do Ministério Público que pedia a condenação da ex-prefeita por improbidade administrativa, devido à intervenção. No processo, também eram acusados os então secretários da Saúde David Capistrano e Cláudio Maierovitch, além do interventor, o psiquiatra Roberto Tykanori. A ex-prefeita se pronunciou, diante da decisão judicial, da seguinte maneira:

Essa vitória não é apenas minha ou da minha equipe, mas de todos aqueles que lutam por uma sociedade efetivamente livre. De tudo o que fizemos na Prefeitura de Santos, a humanização do tratamento psicossocial, com o fim da casa de horrores que era o Anchieta, é o que mais me orgulha. A história, mais uma vez, mostrou que estávamos com a razão.²⁶

26 Disponível em <<http://www.telma.org/imprensa/arquivo/0338.htm>>. Acesso em: 22 out. 2003.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A municipalização da saúde reveste-se de extrema importância, diante da discussão sobre a redução do tamanho e da participação do Estado na sociedade. Atribuir maior responsabilidade aos municípios na gestão da política de saúde não significa eximir o Estado brasileiro daquilo que reza a Constituição Federal, em seu Artigo 196: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O Executivo municipal é Estado assim como a União e os governos estaduais, e estes não podem se isentar, apesar da real transferência de atribuições e de autonomia para o gestor municipal, de sua parcela de responsabilidade na condução da política de saúde, o que significa, em última medida, responsabilidade pela saúde dos brasileiros.

O processo de municipalização das políticas sociais colocou os prefeitos no centro das decisões sobre o modelo de política que seria oferecido às populações de cada localidade. Citando Dowbor, os municípios foram colocados na linha de frente de uma situação que exige intervenções ágeis e que superam as antigas rotinas de cosmética urbana, como gerir amplos projetos de infra-estrutura, políticas sociais e a dinamização das atividades econômicas locais.²⁷ Mesmo que sob a coordenação do Ministério da Saúde, o SUS atribui uma relativa autonomia para o gestor municipal definir quais ações e programas de saúde serão desenvolvidos na localidade, preconizando o controle público através dos conselhos municipais e, mais recentemente, da regionalização da atenção à saúde. Dessa maneira, os prefeitos possuem autonomia e tomam decisões fundamentadas em seus compromissos públicos, de campanha eleitoral, ou ainda em sua visão de mundo formulada através de concepções políticas e ideológicas que, muitas vezes, são antagônicas entre os mandatários que se sucedem a cada quatro anos; e o mesmo se aplica para os matizes adotados na formulação das políticas públicas e sociais.

27 Dowbor, 1993.

Foi o que ocorreu em Santos, cidade rica e complexa, onde, entretanto, persistem mazelas no acesso e nas condições de saúde de sua população, reflexo da existência de áreas de pobreza e maior vulnerabilidade a riscos provocados pela pobreza, acesso inadequado aos serviços de saúde, baixa escolarização ou rendimento, o que mantém atualizada a necessidade de intervenções públicas, através de políticas que superem essas diferenças e assegurem condições mínimas de saúde e qualidade de vida para a todas as regiões e segmentos populacionais da cidade. Santos conheceu uma experiência atípica de políticas públicas, dentre as quais se destacou a política de saúde pelo pioneirismo e inovação – considerando que o país ainda atravessava o estágio inicial de implantação do SUS – e pela ousadia, refletida em ações como a política de prevenção e tratamento da Aids, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta e o tratamento dos agravos à saúde mental fora dos limites do hospital

Persiste sem resposta a indagação de como garantir a continuidade de programas bem-sucedidos, políticas que resultaram em benefício da população, diante da alternância de poder. A única alternativa que parece viável para assegurar a continuidade de políticas públicas diante da alternância de poder parece ser sua *democratização*: isso não significa *politização* das políticas sociais, o que na verdade dificultaria sua continuidade, mas sim situá-las no centro da esfera pública, familiarizar a sociedade com sua discussão e convencer os setores médios da sociedade de que a oferta de serviços públicos de qualidade, mesmo se eles não vierem a utilizá-los, como componente mais geral de cidadania.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F. L. e COUTO, C. G. A redefinição do papel do Estado no âmbito local. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: Fundação Seade, v.10, n.3, jul-set, 2006.

ABRUCIO, F. L.; DURAND, Maria Rita Loureiro; PACHECO, Regina (Orgs.). (2010) **Burocracia e Política no Brasil: desafios para a ordem democrática no século XXI**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 2010. v. 01.

ABRUCIO, F. L. ; FRANZESE, C. Federalismo e Políticas Públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: Maria Fátima Infante Araújo; Lígia Beira. (Org.). **Tópicos de Economia Paulista para Gestores Públicos**. 1 ed. Edições FUNDAP: São Paulo, v. 1, p. 13-31, 2007.

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

ANTAL-MOKOS, Z. **Privatisation, Politics, and Economic Performance**. Editora: CAMBRIDGE - PRINT ON, 2010.

ARRETCHE, M. Continuidades e Descontinuidades da Federação Brasileira: de como 1998 facilitou 1995. **Dados** (Rio de Janeiro. Impresso), v. 52, p. 377-423, 2009.

_____. **Democracia, Federalismo e Centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012.

_____; MARQUES, Eduardo. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARRETO JR., Irineu Francisco. Políticas públicas e sociais e superação de desigualdades: uma revisão teórica. **CSON-Line Revista Eletrônica de Ciências Sociais**. Juiz de Fora, Ano 2, V.8., 2008.

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

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

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

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

CHAIA, V; MACHADO, E. (Org.). **Ciências Sociais na atualidade: tempo e perspectiva**. São Paulo: Paulus, 2009.

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

COHN, A. A Reforma Sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), v. 25, p. 1614-1619, 2009.

_____. **A saúde como direito e como serviço**. 6a. ed. São Paulo: Cortez Editora, 164 p. 2010.

_____. reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal. **Medicina Social**, v. 3, p. 87-99, 2008.

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

SCOREL, S. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

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

FONTOURA, J. **Sector Informal y Políticas Públicas em America Latina**. Editora KONRAD ADENAUER, 2011.

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

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

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

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

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

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

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

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

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-441, 2002.

_____. Políticas Públicas; uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45, 2006.

_____; DANTAS NETO, P. F. (Org.). **Governo, políticas públicas e elites políticas nos estados brasileiros.** 1. ed. Rio de Janeiro: Revan, v. 1. 310 p., 2006.

THE LANCET 2011 **Saúde no Brasil.** London: Elsevier, Maio de 2011. Disponível em:<thelancet.com>. Acesso em: 10 ago. 2011.

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

WESTPHAL, M. ; COHN, A. ; ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde. **Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 114-121, 2005.

Recebido em 31/03/2016.

Aprovado em 24/11/2017.