

Ministério da Saúde

**Fundação Oswaldo Cruz**

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



**FIOCRUZ**

Paulo Roberto Gutierrez

***A municipalização e a experimentação de modelos  
assistenciais em Londrina: os dilemas e as  
descontinuidades do processo***

Rio de Janeiro  
1999

Paulo Roberto Gutierrez

*A municipalização e a experimentação de modelos  
assistenciais em Londrina: os dilemas e as  
descontinuidades do processo*

Tese apresentada à Escola Nacional de  
Saúde Pública da Fundação Oswaldo  
Cruz, para obtenção do Título de  
Doutor em Saúde Pública.

Orientador: Nilson Rosário da Costa

Co-Orientadora: Virgínia A. Hortale

Rio de Janeiro  
1999

Comissão Examinadora

---

---

---

---

---

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 1999.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>9</b>
<b>PARTE I</b>	
<b>CAPÍTULO 1 - O MUNICÍPIO DE LONDRINA .....</b>	<b>16</b>
Transição Demográfica .....	36
Transição Epidemiológica .....	45
<b>CAPÍTULO 2 - DESCENTRALIZAÇÃO EM LONDRINA .....</b>	<b>59</b>
O progressivo aumento das atribuições do governo local .....	63
<b>CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DA DESCENTRALIZAÇÃO .....</b>	<b>69</b>
O aumento da complexidade do desenho organizacional .....	69
Os recursos humanos .....	76
Os recursos financeiros .....	78
A permeabilidade do poder .....	83
<b>PARTE II</b>	
<b>CAPÍTULO 1 - DESCENTRALIZAÇÃO COM EXPERIMENTAÇÃO DE     MODELOS ASSISTENCIAIS ALTERNATIVOS .....</b>	<b>87</b>
Os modelos assistenciais: conceitos e lógicas de estruturação.....	88
Os modelos assistenciais em Londrina .....	90
<i>O modelo de atenção primária .....</i>	<i>91</i>
<i>O modelo de distritalização da saúde .....</i>	<i>96</i>
<b>CAPÍTULO 2 - OS ESFORÇOS PARA A IMPLANTAÇÃO DO NOVO     MODELO .....</b>	<b>99</b>
O novo modelo proposto e as ações visando sua implantação .....	100
<i>A reorientação administrativa .....</i>	<i>102</i>
<i>A reorientação para um novo perfil gerencial .....</i>	<i>108</i>
O gerente: atribuições e autonomia .....	108
Gerência: a percepção do modelo vigente e o controle dos recursos para a mudança .....	110
A gerência e a relação com o nível central .....	117
<i>Reorientação nos mecanismos de participação .....</i>	<i>120</i>
Estímulo à participação popular: as oficinas, as conferências e os conselhos ...	120
<b>CAPÍTULO 3 - AS DESCONTINUIDADES DO PROCESSO .....</b>	<b>130</b>

A não-descentralização para as unidades básicas .....	130
A estrutura decisória .....	131
<i>O conselho municipal e o relacionamento com o setor privado</i> .....	131
<i>A questão dos leitos hospitalares</i> .....	131
<i>A crise nos hospitais</i> .....	134
O ciclo eleitoral .....	138
<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>145</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS À GUIA DE CONCLUSÃO</b> .....	<b>152</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>155</b>
<b>BIBLIOGRAFIA CONSULTADA</b> .....	<b>164</b>

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Planta da região central do Município de Londrina, 1929 .....	17
FIGURA 2 - Mapa da estrutura fundiária segundo as ZECSE'S em Londrina, 1985 ...	24
FIGURA 3 - Mapa da população favelada em Londrina, 1995 .....	34
FIGURA 4 - Localização dos serviços de saúde na área urbana de Londrina, 1996 ....	67
FIGURA 5 - Organograma da Secretaria de Bem-Estar Social de Londrina, 1969 .....	69
FIGURA 6 - Organograma do Serviço Municipal de Pronto Socorro de Londrina, 1970 .....	70
FIGURA 7 - Organograma da Secretaria de Saúde e Promoção Social de Londrina, 1973 .....	71
FIGURA 8 - Organograma do Serviço Municipal Saúde de Londrina, 1978 .....	72
FIGURA 9 - Organograma da Secretaria de Saúde de Londrina, 1991 .....	73
FIGURA 10 - Organograma da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina, 1995 .....	75
FIGURA 11 - Componentes dos Projetos UNI .....	91
FIGURA 12 - Estrutura informal da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, 1995.	105

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução da população do Brasil e Paraná, 1872-1996 .....	18
Tabela 2 - Número de estabelecimentos e área, segundo os grupos de área total nas ZECSE's em Londrina, 1985 .....	22
Tabela 3 - Estrutura fundiária e distribuição do acesso à terra, segundo as ZECSE'S em Londrina, 1985 .....	23
Tabela 4 - Movimento de cheques compensados - comparação entre a região de Londrina e outros Estados em setembro/1994 e setembro/1995 .....	27
Tabela 5 - Participação por setor econômico na composição do PIB de Londrina, 1970-1993 .....	28
Tabela 6 - Áreas de lavouras e efetivos da pecuária de Londrina, 1980-1995 .....	29
Tabela 7 - PIB per capita de Londrina e do Paraná, 1970-1993 .....	30
Tabela 8 - Distribuição das pessoas economicamente ativas (PEA) e do número de famílias, segundo as classes de rendimento mensal em Londrina, 1993 .....	31
Tabela 9 - Fluxo da mão de obra por setores e atividades econômicas em Londrina, 1994-96 .....	32
Tabela 10- Evolução da população de Londrina. Estimativa para o ano 2020 .....	35
Tabela 11- Evolução da participação jovem e pessoas acima de 60 anos em Londrina, 1960-1991 .....	36
Tabela 12- Principais causas de morte no grupo de causas externas em residentes de Londrina, 1995 .....	49
Tabela 13- Coeficientes de natimortalidade, mortalidade perinatal por 1.000 nascidos vivos e mortos e mortalidade neonatal precoce, neonatal, infantil tardia e coeficiente de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos em Londrina, 1979-92 .....	55
Tabela 14- Evolução do número de postos de saúde em Londrina, 1978-1988 .....	65
Tabela 15- Servidores admitidos e demitidos pela Autarquia dos Serviços Municipais de Saúde de Londrina, 1966-1992 .....	77
Tabela 16- Distribuição dos servidores admitidos e demitidos pela Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina, 1992-96 .....	77
Tabela 17- Funcionários contratados e colocados à disposição para a Secretaria de Saúde e/ou Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina, 1969-1997 .....	78

Tabela 18- Evolução das despesas orçamentárias do município de Londrina. Comparação das despesas orçamentárias da Prefeitura Municipal com as despesas da Secretaria Municipal de Saúde, Autarquia do Serviço Municipal de Saúde e transferências da União. Londrina, 1983-1992 .....	79
Tabela 19- Participação percentual do Governo Federal no ressarcimento dos gastos da rede básica de saúde da Prefeitura Municipal de Londrina, 1983-1992 ...	80
Tabela 20- Montante de recursos na Secretaria Municipal de Saúde/Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina. Recursos próprios e transferências da União, 1992-1997 .....	82
Tabela 21- Comparação das despesas orçamentárias da Prefeitura com as da Secretaria Municipal de Saúde/Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina, 1992-1997 .....	83
Tabela 22- Distribuição dos recursos financeiros da Fundação Kellogg para o Projeto UNI-Ld, outubro/1992 - setembro/1996 .....	97
Tabela 23- Número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Londrina, 1993-96 .....	125
Tabela 24- Distribuição dos servidores de saúde da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde, por categoria profissional em Londrina, 1976-1992 .....	141



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da população (urbana, rural e total) residente em Londrina, 1950-1996 .....	21
Gráfico 2 - Movimento de cheques compensados por regiões do Paraná, 1994 .....	25
Gráfico 3 - Movimento de cheques compensados por regiões do Paraná, janeiro/1995-setembro/1995 .....	26
Gráfico 4 - Evolução do PIB per capita de Londrina e do Paraná, 1970-1993 .....	31
Gráfico 5 - Evolução da população de Londrina. Estimativa para o ano 2000 .....	35
Gráfico 6 - População segundo faixa etária e sexo em Londrina, 1960 .....	37
Gráfico 7 - População segundo faixa etária e sexo em Londrina, 1970 .....	37
Gráfico 8 - População segundo faixa etária e sexo em Londrina, 1980 .....	38
Gráfico 9 - População segundo faixa etária e sexo em Londrina, 1991 .....	38
Gráfico 10- Coeficiente de Mortalidade Geral do Município de Londrina, 1940-1980, padronizado para a população de 1980 .....	39
Gráfico 11- Coeficiente de Mortalidade Geral por 1.000 habitantes em Londrina, 1982-92 .....	40
Gráfico 12- Razão de Mortalidade Proporcional em Londrina, 1930-1982 .....	42
Gráfico 13- Curvas de Nelson Moraes para Londrina, 1930-1980 .....	43
Gráfico 14- Mortalidade Proporcional (%) por grupo etário (- 1 ano) em Londrina, 1982-92 .....	44
Gráfico 15- Mortalidade Proporcional (%) por grupo etário (50 anos e +) em Londrina, 1982-92 .....	44
Gráfico 16- Mortalidade Proporcional por causas segundo capítulos da CID em Londrina, 1942-1982 .....	46
Gráfico 17- Coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis por 100.000 habitantes em Londrina, 1982-92 .....	46
Gráfico 18- Coeficientes de mortalidade para alguns capítulos da CID em Londrina, 1940-1980 .....	47
Gráfico 19- Principais causas de morte de residentes em Londrina, 1995 .....	48
Gráfico 20- Número de óbitos na faixa etária de 1 a 19 anos, segundo grupo de causas	

de morte e sexo em Londrina, 1994 .....	49
Gráfico 21- Números de óbitos na faixa etária de 20 a 49 anos segundo grupo de causa de morte e por sexo em Londrina, 1994 .....	50
Gráfico 22- Anos potenciais de vida perdidos de residentes em Londrina, 1994 .....	50
Gráfico 23- Coeficiente de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos em Londrina, 1982-94 .....	52
Gráfico 24- Coeficiente de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos em Londrina, 1992-1994 .....	53
Gráfico 25- Coeficiente de mortalidade infantil em Londrina, 1936-1980 .....	54
Gráfico 26- Coeficiente de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos em Londrina, 1979-1995 .....	55
Gráfico 27- Mortalidade infantil segundo grupo de causas de morte de residentes em Londrina, 1995 .....	57
Gráfico 28- Evolução dos gastos do município de Londrina. Comparação das despesas da Secretaria Municipal de Saúde/Autarquia do Serviço Municipal de Saúde, transferências da União e gastos totais, 1983-92 .....	81
Gráfico 29- Evolução das transferências da União para a Prefeitura de Londrina, 1983-92 .....	81
Gráfico 30- Relação do número de atendentes de saúde para cada profissional médico nas unidades básicas de saúde em Londrina, 1978-1993 .....	142

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparações entre o Modelo Flexneriano e o Modelo de Atenção Primária.....	95
Quadro 2 - Comparações entre o Modelo Flexneriano e o Modelo de Distritalização ....	98
Quadro 3 - Propostas de emprego pelo Conselho Popular, 1991 .....	121
Quadro 4 - Propostas de educação pelo Conselho Popular, 1991 .....	122
Quadro 5 - Propostas de outros equipamentos sociais pelo Conselho Popular, 1991 .....	122
Quadro 6 - Propostas de transporte e pavimentação pelo Conselho Popular, 1991 .....	122
Quadro 7 - Propostas referentes à prevenção de doenças pelo Conselho Popular, 1991..	122
Quadro 8 - Pautas e deliberações do Conselho Municipal de Saúde, 1993-96 .....	126
Quadro 9 - Pautas e deliberações do Conselho Municipal de Saúde sobre o Fundo Municipal de Saúde, 1993-96 .....	127
Quadro 10- Pauta e deliberações do Conselho Municipal de Saúde sobre a municipalização, 1993-96 .....	128
Quadro 11- Pauta e deliberação do Conselho Municipal de Saúde sobre a assistência hospitalar, 1993-96 .....	133
Quadro 12- Pauta e deliberações do Conselho Municipal de Saúde sobre os leitos hospitalares, 1993-96 .....	134
Quadro 13- Pauta e deliberações do Conselho Municipal sobre a crise financeira do Hospital Evangélico, 1993-96 .....	135
Quadro 14- Pauta e deliberações do Conselho sobre as Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas, 1993-96 .....	135
Quadro 15- Deliberações do Conselho Municipal de Saúde com relação à denúncias..	136
Quadro 16- Pauta e deliberações do Conselho sobre o Plano Municipal de Saúde, 1995-96 .....	138

## RESUMO

A municipalização e a experimentação de modelos assistenciais. O município de Londrina se caracteriza pela experimentação de modelos assistenciais desde a década de 70, com a implantação do modelo de Atenção Primária à Saúde. Isto significa, para as duas décadas seguintes, um crescente aumento de atribuições para o gestor municipal, decorrentes da estruturação ampla rede assistencial ambulatorial sob sua responsabilidade. A consolidação desse processo de municipalização está inserida no contexto da descentralização política e administrativa do setor e, dentro da reforma do setor saúde no Brasil, tem como expressão operacional a gestão das ações de saúde necessárias à atenção à saúde de suas populações, estabelecidas através de Normas Operacionais. Assim, o processo de municipalização via Sistema Único de Saúde - SUS, propicia aos gestores municipais uma maior autonomia para gestão administrativa e financeira, entre outras. Contudo, a crescente responsabilização para a prestação de serviços situa o município num outro patamar de, poderíamos dizer, incertezas. Essas podem fazer com que alguns municípios adotem uma postura de "acomodação" promovendo uma gestão que se molde ou se aproxime das formas atuais, promovendo uma administração dos recursos técnicos e financeiros, sem maiores traumas. Outros poderão optar por ser proativos no processo, como é o caso de Londrina. A experiência mais recente na perspectiva de mudança de modelo exigiu por parte dos governantes imbuídos desta proposta inúmeros esforços, que caminharam no sentido da assimilação das novas atribuições agora sob responsabilidade do município. Esses esforços redundaram em êxito, sendo Londrina um dos primeiros municípios, a assumir a gestão semi-plena dos serviços, ditada pela Norma Operacional Básica-1993 (NOB-93), e se concretizaram, na prática, com desdobramentos que autor considerou como relevantes para seu estudo. A avaliação crítica sobre o modelo experimentado de Atenção Primária à Saúde por não conseguir romper o modelo flexneriano, mantendo uma hegemonia de atenção médica, faz com que a perspectiva de municipalização tenha como característica a experimentação de um novo modelo, o da Distritalização da saúde, consubstanciado no paradigma da promoção à saúde. Para tanto, são identificadas algumas estratégias que procuram dar impacto, no rumo das mudanças pretendidas. As estratégias adotadas como a formação de recursos humanos para novas práticas gerenciais para gerentes de Unidades Básicas de Saúde, reformas de cunho administrativo e a intensificação da participação popular, serviram de subsídios para o estudo. A abordagem qualitativa, com a realização de entrevistas individuais através do estabelecimento de questões semi-estruturadas tanto permite a eleição de temas que servem de base para a reflexão sobre o que pensam e dizem tais atores do processo, como indicam a necessidade da ampliação da investigação, remetendo a novas entrevistas ou revisão de documentos. Os resultados obtidos indicam que o processo fica demarcado por descontinuidades importantes, cujo significado representa uma ruptura no direcionamento da implantação da proposta.

## ABSTRACT

Municipalization and experimentation of assistential models. The municipality of Londrina has been characterized by the experimentation of assistential models since the decade of 1970, upon the implantation of the Primary Health Care Model. That meant, for the two following decades, an increase of duties for the municipal manager derived from the wide structure of outpatient care network to be under its management. The consolidation of this municipalization process is part of a context of political and administrative de-centralization, and as for the reform in the Brazilian health sector, it operates at the level of managing health actions as required by the needs of populations defined by the operational norms. Thus, the process of municipalization by means of the Government Unified Health System - SUS, allows to the municipal administrators and autonomy in regard to issues such as administrative and financial management, among others. Nevertheless, the increasing accountability of rendering services places the municipality in another level of, so to say, uncertainties. These uncertainties may induce the municipalities to adopt an attitude of "adaptation" that will lead to a management meant to be compatible with or near-like the current models, promoting a technical and financial management, that may cause no further traumas. Other municipalities may choose to be pro-active in the course of the process, as did Londrina. The most recent experience in the perspective of changing models demanded from the municipal managers, who accepted the proposal, great effort to assimilate the new attributions that are now in charge of the municipality. This effort resulted in a success and had Londrina as one of the first cities to adopt the semi-full management of services as prescribed by the Operational Basic Norm-1993 (NOB-93), which, in practice, came true through results that the author considered relevant to be studied. The critical evaluations on the experienced model of Primary Health Care, as it was not able to break the flexnerian model and maintained the medical assistance hegemony, gives to the municipalization's perspective a characteristic of experimenting a new model, that is, the Distritalization of Health, which is to happen by the health promotion paradigm. For that purpose some strategies are identified in order to cause an impact on the intended changes. Adopted strategies to create resources prepared for the management practices, Health Basic Unit's managers, administrative reforms and increase of community's participation were the subsidies of this study. The qualitative approach, with individual interviews and semi-structured questions allowed for the selection of themes used as the base for reflections on the agents' thoughts and actions and to point out the need of expanding the investigation and carrying out other interviews or the revision of the documents. The data collected that the process is marked by significant discontinuity whose meaning represents a rupture on the orientation for the proposal's implantation.

## **PARTE I - Municipalizando a Saúde**

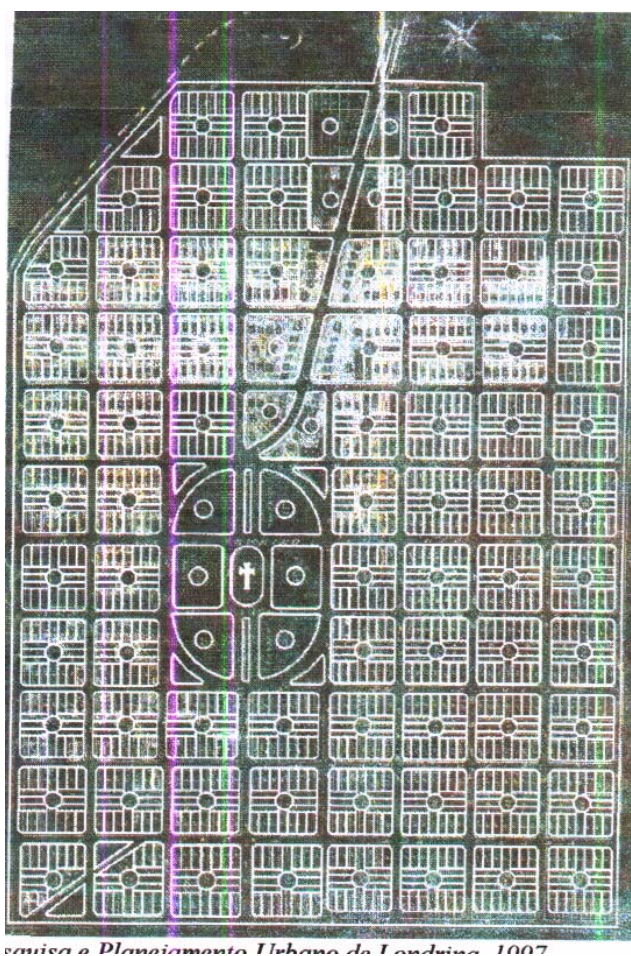
*A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (Brasil. Leis, decretos, etc, 1997a)*

## CAPITULO 1 - O MUNICÍPIO DE LONDRINA

Londrina, localiza-se no norte do Estado do Paraná, na macro Região Sul do Brasil, com uma extensão geográfica de 1.715,897 Km<sup>2</sup>, ocupa menos de 1% da área total do Estado. Foi planejada pelos ingleses - daí o nome Londrina, “pequena Londres” - através da Companhia de Terras do Norte do Paraná que, em 1929, abriu uma das maiores colonizações do mundo: foram mais de um milhão de hectares loteados.

De traçado em forma ortogonal, a exemplo de um tabuleiro de xadrez (Figura 1), pretendia abrigar aproximadamente 30.000 habitantes, embora haja fontes que falem em 20.000 habitantes.

Figura 1 - Planta da região central do município de Londrina - 1992.



Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina. 1997

A rede de cidades implantadas pela Companhia fazia parte de um grande projeto de ocupação da região, cujas características principais marcaram a primeira fase de ocupação e expansão das áreas urbanas e rurais. As cidades foram implantadas muito próximas umas às outras, distando cerca de 10 a 25 km entremeadas de pequenas chácaras e sítios de aproximadamente 5, 10 a 20 alqueires paulista.

Londrina era o centro urbano mais importante da região, tendo sido a sede da Companhia, que realizou um dos maiores empreendimentos imobiliário-colonizadores da região sul-sudeste do Brasil. A principal característica do Município, além do planejamento rural, urbano e regional, foi a estrutura agrária baseada em pequenas propriedades o que propiciou um adensamento rural rápido, pois tinha como base econômica a cafeicultura, que absorvia a maior parte da mão-de-obra da região durante praticamente todo o ano.

A maior causa do fluxo populacional para o norte do Paraná foi a cafeicultura, tendo como principais procedências os estados de São Paulo, Minas Gerais e os estados do Nordeste. As condições fisiográficas e o momento histórico propiciaram o rápido crescimento demográfico paranaense, cuja concentração se deu principalmente na área rural norte-paranaense. O censo demográfico de 1940 evidenciou o extraordinário crescimento da população brasileira em relação ao anterior (1930), que foi de 34%, enquanto que no Paraná esse índice foi de 80%. (Tabela 1)

Tabela 1 - Evolução da população do Brasil e Paraná, 1872-1996.

Censo	Pop. Br	Cresc. Em relação ao censo anterior	Pop. Pr.	Cresc. Em relação ao censo anterior	% do Pr/Br
<b>1872</b>	9.930.478	—	126.722	—	1,27
<b>1890</b>	14.333.915	44%	249.491	97%	1,74
<b>1900</b>	17.438.434	22%	327.136	31%	1,87
<b>1920</b>	30.635.605	75%	685.711	11%	2,24
<b>1940</b>	41.236.315	34%	1.236.276	80%	3,00
<b>1950</b>	51.944.397	26%	2.115.547	71%	4,00
<b>1960</b>	60.967.185	36%	4.277.763	102%	6,03
<b>1970</b>	94.508.554	33%	6.936.743	62%	7,33
<b>1980</b>	121.075.669	28%	7.617.292	105%	6,30
<b>1991</b>	146.917.459	21%	8.443.299	11%	5,75
<b>1996*</b>	155.822.440	6%	8.985.481	6%	5,77

Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

\*Estimativa 1996 - IPARDES - IBGE



Trata-se do período de ocupação, sobretudo da área rural, quando grandes correntes migratórias vieram para o Paraná, via Ourinhos. Para se ter uma idéia da dimensão da ocupação norte-paranaense, basta constatar que até 1940 o Paraná contava com cerca de 1.236.000 habitantes, e no censo de 1960, a população era de aproximados 4.277.263 habitantes, com um acréscimo de 3.041.763 habitantes em 20 anos, cuja distribuição espacial se deu, principalmente, na região ao redor de Londrina e Maringá. Londrina, em 1938, então emancipada havia apenas 6 anos, já contava com 75.296 habitantes, e a sua extensão era bem maior que a configuração atual do Município, pois as cidades de Cambé, Rolândia e Arapongas, atualmente emancipados, eram distritos seus.

O processo de ocupação da região norte-paranaense, cujo direcionamento social e econômico Londrina sempre liderou, começa a tomar vulto a partir da década de 50, quando as frentes pioneiras de expansão procedentes da principal via de acesso, Ourinhos, já tinha atingido a região de Maringá. Assim, Londrina e a região norte-paranaense apresentaram um dos índices mais expressivos de crescimento populacional nas décadas de 40 a 60.

Em 1950, na primeira fase de organização espacial e de formação da rede agrícola urbana, em que a região rural e a urbana ainda se misturavam de forma difusa, Londrina sofre um impacto na organização planejada da cidade, iniciando um processo rápido de urbanização, que já contava com cerca de 48% da sua população na área urbana.

No processo de formação urbana de Londrina, a ocorrência de duas grandes geadas no Paraná, em 1953 e 1955, praticamente dizimando a cafeicultura paranaense, afetou a economia agrária regional, liberando muita mão-de-obra, tendo essa população se dirigido para as cidades de tamanho médio e também para outras fronteiras agrícolas (Paraguai, Mato Grosso, etc.). A periferia de Londrina começa a receber parte da população liberada da área rural. Até então, Londrina não conhecia uma nucleação de barracos improvisados e instalados de forma muito precária.

Nesse contexto, Londrina começa, então, a ter papel importante como centro de comercialização de produtos agrícolas, despontando como uma das cidades mais importantes do interior do Brasil, assumindo o comando regional e extrapolando a região norte-paranaense. A sua área de influência já atingia o sul de São Paulo, Mato Grosso e norte de Santa Catarina.

Essa posição de comando regional começa a se firmar a partir da década de 60. Com 134.821 habitantes, sendo 57% na área urbana em 1960, Londrina conta com importante equipamento urbano no setor da educação e saúde. Em 1970 sua população era de 228.101 habitantes, estando cerca de 72% concentrados na área

urbana.

Em resumo, nas décadas de 60 e 70, ocorreram grandes transformações agrárias e urbanas gerais, refletindo na configuração urbana, como também na organização da produção agrária. A modernização agrária, com a utilização da mecanização intensiva voltada não para as culturas perenes como o café, e sim para as temporárias ou sazonais como o soja e o trigo, ao lado da diversificação agrícola e do crescimento da área de pastagens, influenciou diretamente na expulsão da mão-de-obra rural e na ociosidade de equipamentos rurais e urbanos pela imensa evasão populacional norte-paranaense, propiciando a concentração fundiária e novas formas de comercialização, oligopolizada em grande extensão. A diminuição das culturas perenes, diminuiu a oferta de trabalho rural, influenciando em toda a qualidade de vida da população. As sucessivas geadas de grande extensão que ocorreram no norte do Paraná desde a década de 50, somadas a vários fatores como a modernização agrícola, capitaneada pelo soja, as modificações nas relações de trabalho e produção, culminando com a geada negra de 1975, contribuíram para uma nova reorganização social e econômica. Todos os fatos, sucintamente apresentados anteriormente, influíram no dinamismo, na decadência ou na configuração físico-territorial das cidades paranaenses.

A dificuldade de comercialização do café no exterior, aliada à ocorrência de geadas e ao esgotamento dos solos, deu lugar primeiramente ao surto algodoeiro e pastoril, seguindo-se, na década de 1970, a reformulação das prioridades agrícolas do Governo, tendo como consequência a expansão do soja e do trigo. Tal fase foi acompanhada de intensa incorporação da tecnologia moderna e da mecanização agrícola.

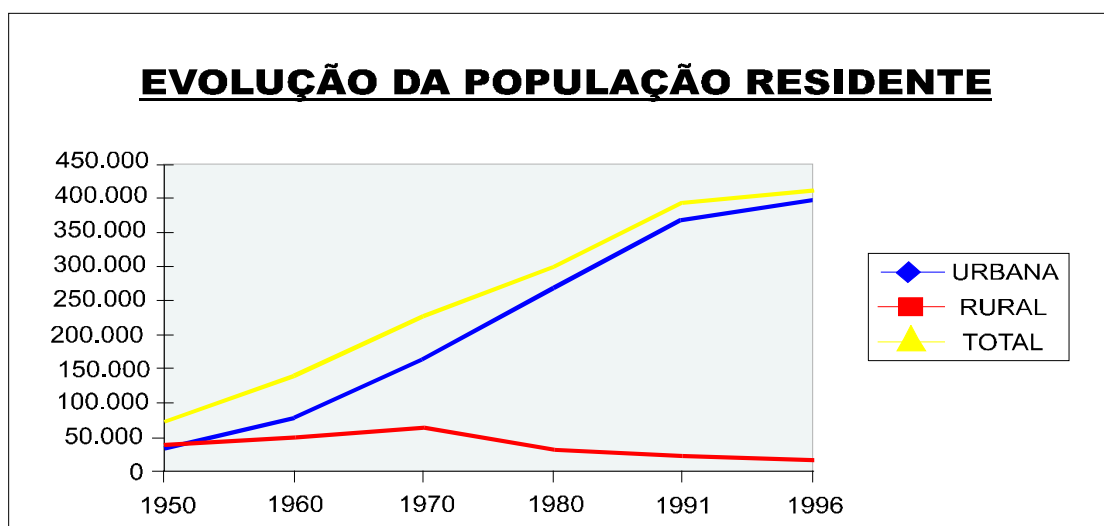
Após as alterações políticas ocorridas nesta década, surgiram mudanças no perfil da economia, que agravaram a situação das classes populares, alterando definitivamente a ocupação das regiões urbanas. Londrina não é exceção. Surgem loteamentos para as classes alta e média, mas a grande expansão se deu ao norte, com os chamados conjuntos habitacionais residenciais populares, financiados pelo Banco Nacional de Habitação.

Londrina começa, assim, a se estruturar de forma desordenada na alocação de residências, criando áreas de vazios urbanos com o surgimento de loteamentos como fator de investimento e de loteamentos populares e econômicos, principalmente no setor oeste. Os loteamentos populares passam a ser ocupados imediatamente, ao passo que, os de melhor padrão ficam sem ocupação, criando uma paisagem urbana descontínua. A segregação espacial começa a ser evidente no espaço urbano, com o crescimento de "pontos de favelização" e de loteamentos esparsos esparramando-se pelas áreas rurais, no meio dos

cafezais.

De 1960 a 70 houve acréscimo total de cerca de 86.000 habitantes, e na década seguinte (70-80), de mais 103.412 habitantes. Assim, a partir da década de 70, observa-se um aumento da população urbana, em virtude da evasão rural, provocada por grandes transformações na estrutura agrária. Para o acompanhamento do crescimento da população humana, verifica-se que na década, que ora se analisa, ou mais precisamente, entre 1980-91, a população londrinense teve um acréscimo de 99.736 habitantes, mantendo o mesmo índice de crescimento observado nas décadas de 60 e 70. (Gráfico 1)

Gráfico 1 – Evolução da população (urbana, rural e total) residente em Londrina, 1950-1996.



Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

No município, entre 1970 e 1980, ocorreu retração no número de estabelecimentos rurais, a saber, de 5.580 para 3.654, respectivamente, segundo o Censo Agropecuário do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, realizado em 1985. A geada negra de 1975 e outros fatores como veremos adiante concorreram fortemente para isso.

Com o objetivo de ampliar a operacionalização das ações de desenvolvimento rural, o Instituto Agrônomo do Paraná desenvolveu metodologia específica para efetuar a leitura e a interpretação da realidade regional através de enfoque sistêmico. Essa metodologia consiste numa caracterização da referida atividade no Município, de acordo com o zoneamento edafoclimático e socio-econômico (ZECSE) estabelecido com base nas características do recurso natural (tipo de solo, topografia, cobertura vegetal e rede de

drenagem), clima e principais produtos da exploração agropecuária.

Para efeito de caracterização da estrutura fundiária, a Secretaria Municipal da Agricultura utilizou, no trabalho denominado “Plano para o Desenvolvimento Rural de Londrina”, realizado em 1996, os dados do cadastro efetuado pela Campanha Nacional de Erradicação do Cancro Cítrico em 1985. Nesse trabalho, após a estratificação em grupos de área total, procedeu-se ao estudo do acesso à terra, segundo as zonas edafoclimáticas e sócio-econômicas homogêneas - ZECSE's, (Instituto..., 1997)

Tal estudo revelou que as propriedades ou estabelecimentos até 20 ha correspondiam a 64,07% do total e apropriavam-se de 13,55% da área, sabendo-se também que os menores de 50 ha representavam 86,27% dos estabelecimentos e 29,48% da área total do Município. Cabe ressaltar que os estabelecimentos maiores que 50 ha representavam 13,73% do total e ocupavam 70,52% da área. (Tabela 2)

Tabela 2 - Número de estabelecimentos e área, segundo os grupos de área total nas ZECSE's em Londrina, 1985.

Grupos de Área Total (ha)	ZECSE A		ZECSE B		ZECSE C		ZECSE D		ZECSE E		TOTAL	
	N.E.	Área (ha)	N.E.	Área (ha)	N.E.	Área (ha)	N.E.	Área (ha)	N.E.	Área (ha)	N.E.	Área (ha)
< 1	10	4,80	21	11,94	3	1,18	1	0,50	297	124,12	332	142,54
1 - 2	14	18,80	30	41,25	6	0,26	3	3,63	124	156,92	177	230,86
2 - 5	84	339,60	69	295,23	31	107,09	29	110,15	211	772,24	424	1624,31
5 - 10	178	1391,88	154	1217,95	54	405,32	56	452,56	271	2116,25	713	5583,96
10 - 20	285	3897,76	225	256,59	146	1993,82	123	1730,89	628	8699,82	1407	19578,88
20 - 50	237	7147,53	128	3736,45	103	3137,27	96	2837,01	494	15062,66	1058	31920,92
50 - 100	66	4650,48	31	2291,74	14	995,41	29	101,10	129	9271,91	269	19310,64
100 - 200	55	7297,30	12	724,25	10	1424,17	24	3326,54	56	7744,11	157	21516,37
200 - 500	32	9309,12	3	813,12	8	2589,40	16	44,50	43	12894,70	102	30650,84
500 - 1.000	5	3388,00	—	—	6	3634,84	14	11125,95	10	7485,06	35	25633,85
1.000 - 2.000	2	2366,76	—	—	—	—	3	3678,40	5	6853,44	10	12898,60
2.000 - 5.000	1	2662,00	—	—	—	—	2	5383,63	3	10660,10	6	18705,73
5.000 - 10.000	1	6776,00	—	—	—	—	—	—	1	5821,00	2	12597,00
10.000 - 100.000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
100.000 - mais	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sem declaração	—	—	6	—	1	—	1	—	65	—	73	—
<b>TOTAL</b>	<b>970</b>	<b>49250,03</b>	<b>679</b>	<b>9388,52</b>	<b>382</b>	<b>14288,76</b>	<b>397</b>	<b>28794,86</b>	<b>2337</b>	<b>87662,33</b>	<b>4765</b>	<b>200394,50</b>

Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina. 1977

Nota: Nos dados contidos nesta tabela estão agregados também os relativos a Tamarana, uma vez que só passou a ser Município a partir de Janeiro de 1997.

Os dados da estrutura fundiária de Londrina mostram um alto índice de Gini<sup>1</sup> (0,741), o que representa uma concentração muito forte do acesso à terra. Quando se comparam as ZECSE's, ficam evidenciadas as disparidades entre elas. Os índices de Gini da D (0,781), E (0,761) e A (0,722) representam uma concentração muito forte de acesso à terra, enquanto que a C (0,659) e B (0,527) apresentam concentração forte. A menor concentração do acesso à terra das ZECSE's B e C reflete-se nas suas menores áreas médias (19,9 e 37,5 ha), sendo que os 50% de estabelecimentos menores, apropriam-se dos maiores percentuais de área, ou seja, 17,2% e 11,8%, respectivamente. Isso significa que existe maior distribuição do acesso à terra, com relação às demais - A, D e E. (Tabela 3 e Figura 2)

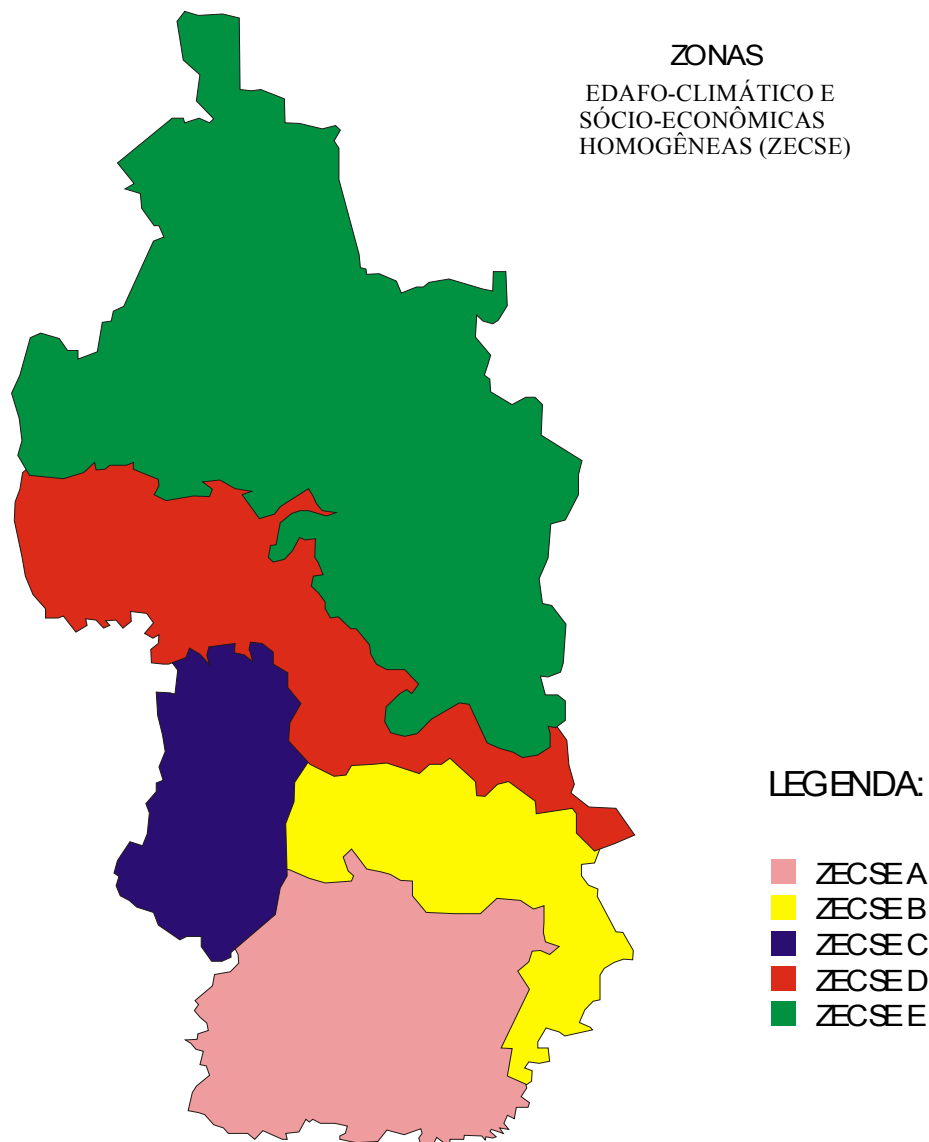
Tabela 3 - Estrutura fundiária e distribuição do acesso à terra, segundo as ZECSE'S em Londrina, 1985.

Indicadores	ZECSE's					Total
	A	B	C	D	E	
Nº de estabelecimentos	970	673	381	396	2.272	4.692
Área Total (há)	49.250	13.389	14.299	35.795	87.662	200.395
Área Média (ha)	50,7	19,9	37,5	90,4	38,6	42,7
Índice de GINI	0,722	0,527	0,659	0,781	0,761	0,741
50 - (% da Área)	8,5	17,2	11,8	5,7	6,8	8,0
20 + (% da Área)	77,0	57,4	71,4	84,4	78,5	77,7
10 + (% da Área)	65,0	43,2	60,8	73,0	68,1	67,4
5 + (% da Área)	53,0	31,0	50,3	57,8	58,2	56,4
1 + (% da Área)	32,0	11,6	18,2	22,5	37,21	33,6

Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

<sup>1</sup> O índice de Gini é uma medida para medir a concentração do acesso à terra, variando de 0 a 1,0, sendo que, quanto mais próximo de 1,0, maior é a concentração do acesso à terra, ou seja, um reduzido percentual dos estabelecimentos se apropriam da maior parcela da área de terra.

Figura 2 - Mapa da estrutura fundiária segundo ZECSE's em Londrina, 1985.



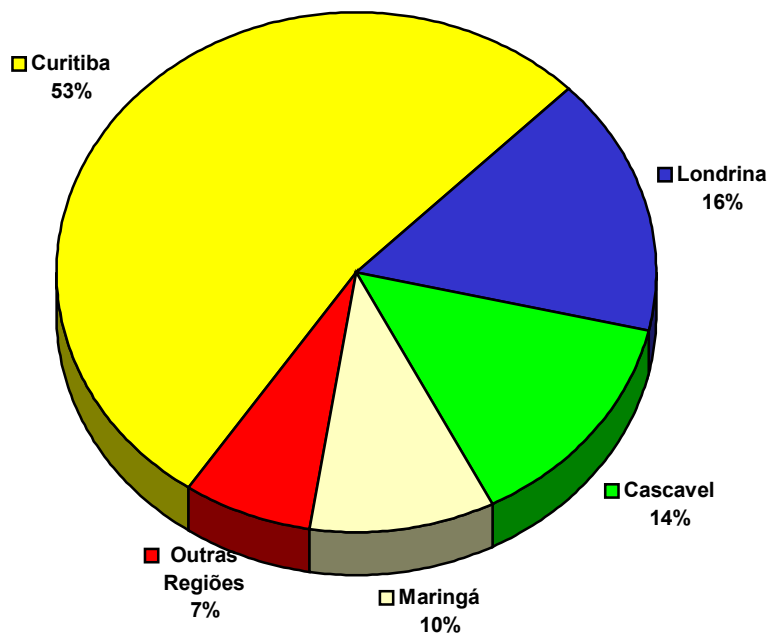
Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

A consolidação econômica de Londrina como uma cidade de médio porte começa a se efetivar a nível nacional, a partir da década de 70<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> O movimento de cheques compensados foi utilizado como um indicador econômico da região e de lideranças regionais urbanas, visto que estas compensações não são realizadas em todas as cidades, mas sim, em algumas cidades, de importância regional no Brasil. No Paraná, havia, em 1994 e 1995, 8 praças: Curitiba, Londrina, Cascavel, Maringá, Umuarama, Pato Branco, Guarapuava e União da Vitória.

Curitiba destacou-se no Estado, movimentando mais da metade em valores de cheques compensados correspondendo a 53% do total do Estado em 1994 e 59% de janeiro a setembro de 1995 (Gráficos 2 e 3). Em segundo lugar, apareceu a praça de Londrina com 16% e 17% do movimento do Estado, respectivamente nos anos de 1994 e 1995.

Gráfico 2 - Movimento de cheques compensados por regiões no Paraná, 1994.



Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

Gráfico 3 - Movimento de cheques compensados por regiões do Paraná, janeiro/1995-setembro/1995.



*Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997*

No cenário nacional, Curitiba se situava em 5º lugar, perdendo para São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Porto Alegre, conforme amostras realizadas em maio e setembro de 1994. A importância da praça de Londrina pode ser evidenciada no contexto nacional, pois quinze estados brasileiros movimentaram menos cheques compensados que o Município, segundo amostra realizada em setembro de 1994 e 1995, demonstrando seu destaque. (Tabela 4). Em 1995, pode-se observar que a cidade de Londrina ultrapassou os Estados de Goiás e Espírito Santo.

Tabela 4 - Movimento de cheques compensados - comparação entre a região de Londrina e alguns Estados em setembro/1994 e setembro/1995.



<b>Estados</b>	<b>Setembro/94</b>	<b>Setembro/95</b>
Goiás	1.893.765.340	1.245.172.550
Espírito Santo	1.336.261.305	1.397.660.559
Mato Grosso do Sul	990.298.961	824.065.419
Mato Grosso	848.243.934	784.892.335
Pará	785.129.598	660.426.332
Amazonas	649.751.007	718.894.373
Alagoas	456.804.882	533.510.010
Maranhão	453.367.260	418.764.748
Rio Grande do Norte	421.778.559	380.598.091
Paraíba	408.693.287	394.097.467
Sergipe	322.217.328	310.037.553
Piauí	269.254.944	312.823.054
Rondônia	239.445.459	240.688.012
Tocantins	134.433.682	105.264.978
Amapá	63.746.435	84.749.924
Acre	52.746.920	58.127.218
Roraima	29.806.756	31.354.480
Reg. Londrina	1.140.051.583	1.497.583.009

Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

Nota: valores em reais

Esses dados devem ser considerados como um dos indicadores econômicos, pois a utilização de cheques representa grande parte do movimento econômico, incluindo também o setor informal; e indicam a importância geo-econômica de Londrina na região centro-sul do País, como também em nível nacional. Em setembro de 1995, a praça de Londrina movimentou cerca de 1,5 bilhão de reais (17%) do total de aproximadamente 8,6 bilhões de reais, que foi o movimento do Paraná. Quase dois terços dos estados brasileiros apresentaram menos movimento do que a região geo-econômica de Londrina.

Nas últimas décadas, tanto o Paraná quanto a cidade de Londrina têm sofrido mudanças na sua estruturação econômica, o que tem provocado alterações nas participações relativas aos setores primário, secundário e terciário na composição do Produto Interno Bruto (PIB) londrinense. Segundo dados apresentados no trabalho "Londrina: Diagnóstico e Caminhos" (Instituto..., 1997), observa-se que houve uma redução na participação relativa do

setor primário na formação do PIB de Londrina, enquanto que o setor secundário, baseado na agroindústria, e portanto, fortemente dependente da agropecuária, teve a sua contribuição aumentada de 21,9% em 1970 para 32% em 1975. (Tabela 5)

Tabela 5 - Participação por setor econômico na composição do PIB de Londrina, 1970-1993.

Anos	Setores						Total
	Primário		Secundário		Terciário		
	US\$ mil	%	US\$ mil	%	US\$ mil	%	US\$ mil
1970	23.500	7,1	72.450	21,9	235.300	71,0	331.250
1975	46.600	4,0	378.400	32,0	755.900	64,0	1.180.900
1980	50.100	3,8	380.100	29,0	880.700	67,2	1.310.900
1985	52.800	3,8	428.780	31,3	889.700	64,9	1.371.280
1993	54.000	3,2	526.000	31,0	1.120.000	65,8	1.700.000

Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

Deve ser registrado o dinamismo da economia do Município na primeira metade da década de 1970, cujo PIB quase quadruplicou, aumentando de 331 milhões de dólares, em 1970, para mais de 1.180 bilhão de dólares em 1975.

A economia agrícola municipal congrega a participação de produtos agropecuários, com destaque para lavouras temporárias de soja, milho e trigo e a pecuária bovina e avícola.

Analisando-se o período de 1980-95 na Tabela 6, pode-se verificar que ocorreram oscilações quanto à retração da área das principais lavouras e do efetivo rebanho animal. Em relação ao setor de carne houve expansão significativa na avicultura de corte, que teve seu plantel aumentado em aproximadamente 600 mil cabeças.

Tabela 6 - Áreas de lavouras e efetivos da pecuária de Londrina, 1980-1995.

<b>Especificação Lavoura (ha)</b>	<b>1980</b>	<b>1985</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>
Algodão	1.960	5.700	4.000	700
Arroz	9.450	2.620	2.460	1.800
Feijão	3.883	2.340	1.750	430
Rami	1.513	1.650	2.705	1.430
Milho	23.275	26.450	17.500	19.500
Soja	27.350	25.000	30.000	29.500
Trigo	12.700	15.573	24.000	8.620
Café	10.753	11.724	12.786	5.400
Uva	150	180	350	350
<b>Pecuária (nº cabeças)</b>				
Bovinos	155.042	166.000	116.575	145.670
Suínos	48.000	44.000	29.800	8.834
Aves	1.312.305	939.860	1.640.000	1.887.420

Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

Nota: Nos dados contidos nesta tabela estão agregados também os relativos a Tamarana, uma vez que só passou a ser Município a partir de janeiro de 1997.

Como já observamos, a contribuição do setor secundário - agroindústria fortemente dependente da agropecuária - aumentou até 1975. O mesmo patamar de 32% é mantido até 1993. Por sua vez, a agropecuária, que gerava diretamente 7,1% do PIB, no início dos anos 1970 teve a sua parcela reduzida, caindo para 3,2% em 1993, apesar de ter mais que duplicado o seu PIB em valores monetários. Isto significa dizer que os outros setores cresceram proporcionalmente mais que o setor primário.

Deve ser destacado que, combinando-se o aumento do PIB agropecuário, em termos absolutos, com a forte redução da população rural, cujo maior contingente foi registrado em 1970 (64,57 mil habitantes), o PIB "per capita" do setor rural cresceu mais do que o PIB "per capita" do setor urbano, conforme pode ser observado na Tabela 7. De um valor extremamente baixo em 1970, que foi de apenas 364 dólares por habitante e que representou apenas um quarto do PIB médio do Município (1.450 dólares), pode-se estimar um crescimento do PIB "per capita" do setor rural da ordem de 500% no intervalo de 23 anos, entre 1970 e 1993. Este PIB de 2.200 dólares por habitante do meio rural, no ano de 1993, equivalia a pouco mais da metade do PIB "per capita" urbano.

Tabela 7 - PIB per capita de Londrina - zonas rural e urbana, 1970-1993.

Anos	Valor da produção por habitante		
	Rural	Urbano	Total
1970	364	1.180	1.450
1975	1.340	5.250	4.450
1980	1.440	4.720	4.340
1985	1.600	4.100	3.860
1993 (*)	2.200	4.290	4.160

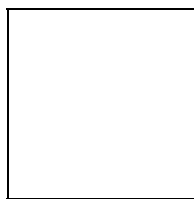
Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

Nota: valores em dólares

\* Estimativa

O PIB de Londrina, estimado para 1993, era de 1,7 bilhão de dólares, correspondendo a um PIB "per capita" de 4.160 dólares, que, apesar de encontrar-se praticamente estagnado havia vários anos, devido à redução da dinamicidade econômica do Município, situava-se ainda bem acima da média estadual, estimada em torno de 3.000 dólares por habitante (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Evolução do PIB per capita de Londrina e do Paraná, 1970-1993.



Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

Neste ano, (em 1993), foi estimado um contingente total de 193 mil pessoas economicamente ativas, que correspondiam a 47,1% da população total do Município. Destes, 125 mil recebiam até 5 salários mínimos. Com relação ao número de famílias, mais de 61,7 mil famílias recebiam até cinco salários mínimos. (Tabela 8)

Tabela 8 - Distribuição das pessoas economicamente ativas (PEA) e do número de famílias, segundo as classes de rendimento mensal em Londrina, 1993.

Classe de Rendimento Mensal (Salário Mínimo)	PEA			Famílias	
	número	%	%	Número	%
<b>Até 1 SM</b>	32.390	16,8	7,9	11.416	10,7
<b>1 a 2 SM</b>	42.230	21,9	10,3	16.093	15,1
<b>2 a 5 SM</b>	50.840	26,3	12,4	34.197	32,1
<b>5 a 10 SM</b>	20.500	10,6	5,0	22.775	21,4
<b>10 a 20 SM</b>	9.020	4,7	2,2	12.428	11,7
<b>➤ 20 SM</b>	4.920	2,5	1,2	7.257	6,8
<b>Sem Rendimento</b>	32.800	17,0	8,0	1.857	1,7
<b>Sem Declaração</b>	410	0,2	0,1	370	0,3
<b>Total</b>	193.110	100,0	47,1*	106.393	100,0

Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

\* Os dados relativos desta coluna foram calculados com base na população do município projetada para 1993, no trabalho "Londrina: Diagnósticos e Caminhos"

Sistema Nacional de Emprego, atuante na área de agenciamento e encaminhamento de empregados para atendimento da demanda de trabalho, tem, nos seus arquivos, registros das pessoas que por ali passam, diariamente, na busca de empregos. Esses dados, agregados a outros fornecidos pelas empresas, como desligamentos e admissões, são sistematicamente processados, e formam o Cadastro Geral dos Empregados e Desempregados. É importante observar que tais dados relacionam-se aos empregados formalmente registrados, não englobando, portanto, a economia informal. O número de empregos nos anos 1994, 1995 e 1996, segundo os dados do referido Cadastro, é de 101.272,

98.937 e 103.146, respectivamente, tendo, portanto, apresentado baixa variação.

Com relação ao setor de atividade econômica, para o ano de 1996, os setores que apresentam o maior percentual de participação são o da indústria de transformação com 21.359 empregos (20,71%), o do comércio com 23.713 empregos (22,99%) e o de serviços com 46.288 empregos (44,88%). Ao examinarem-se os dados referentes aos períodos anteriores, observa-se que em 1994 a indústria de transformação contribuía com 21,94%, o comércio com 22,56%, e o setor de serviços com 44,64%. Em 1995 esses percentuais eram de 20,84%, 23,22% e 44,15%, o que permite dizer que esses setores mantiveram-se estáveis em termos relativos, apresentando pequena variação no número absoluto de empregos estimados entre 1994 e 1996, com um aumento de 101.272 para 103.146 empregos (1,85%). (Tabela 9)

Tabela 9 - Fluxo da mão de obra por setores e atividades econômicas em Londrina, 1994-96.

Setores e Atividades Econômicas	Empregos Estimados (último dia do período)					
	1994	%	1995	%	1996	%
1. Agrop/ Ext Veg /Caça/Pesca	941	0,93	953	0,96	964	0,93
2. Extrativa Mineral	102	0,10	140	0,14	139	0,13
3. Indústria de Transformação	22.219	21,94	20.623	20,84	21.359	20,71
4. Construção Civil	6.640	6,56	7.114	7,19	7.325	7,10
5. Serv. Ind. de Utilid. Pública	298	0,29	318	0,32	332	0,32
6. Comércio	22.844	22,56	22.969	23,22	23.713	22,99
7. Serviços	45.208	44,64	43.682	44,15	46.288	44,88
8. Administração Pública	2.058	2,03	2.273	2,30	2.198	2,13
9. Outros	964	0,95	865	0,87	828	0,80
<b>TOTAL</b>	<b>101.274</b>	<b>100</b>	<b>98.937</b>	<b>100</b>	<b>103.146</b>	<b>100</b>

Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

Em síntese, o Município de Londrina localiza-se numa das regiões de maior dinamismo econômico do Estado. Dentro dessa região, Londrina assume papel fundamental na organização do espaço regional, desempenhando funções de centro metropolitano, também com ações extra-regionais em seus serviços de educação e saúde. Esse centro metropolitano teve, inicialmente, seu crescimento baseado na comercialização da produção agrícola durante o "boom" cafeeiro e redefiniu-se nas últimas duas décadas como importante polo agro-industrial, função esta que se expandiu a Apucarana e Maringá, formando um importante eixo urbano-industrial ao longo da rodovia BR366 e da BR369. Em torno deste eixo organiza-se

um mercado de trabalho com forte atração sobre a população rural, que tem sido progressivamente liberada do campo, visto que as atividades agrárias têm se apresentado cada vez menos absorvedoras de mão-de-obra. No que diz respeito ao setor secundário, a mesorregião norte central paranaense - que compreende, segundo o IBGE, as microregiões de Astorga, Porecatu, Floraí, Maringá, Apucarana, Londrina, Faxinal e Ivaiporã - dão lugar ao segundo parque industrial do Estado, segundo o trabalho “Londrina: Diagnóstico e Caminhos”, realizado em 1993 pela Intelectus - Consultoria Econômica. (Instituto..., 1997). Tal região já se definiu, espacialmente, com padrão de concentração no eixo Londrina-Apucarana-Maringá.

O processo de industrialização mesorregional caracteriza-se por uma forte dependência da indústria para com a produção agrícola regional, o que se reflete na predominância dos gêneros alimentar e têxtil, assumindo, contudo, importância crescente a indústria de implementos agrícolas e a indústria química, relacionada sobretudo ao processo de oleaginosas, a exemplo das moageiras de soja de Londrina, Maringá, Apucarana e Cambé.

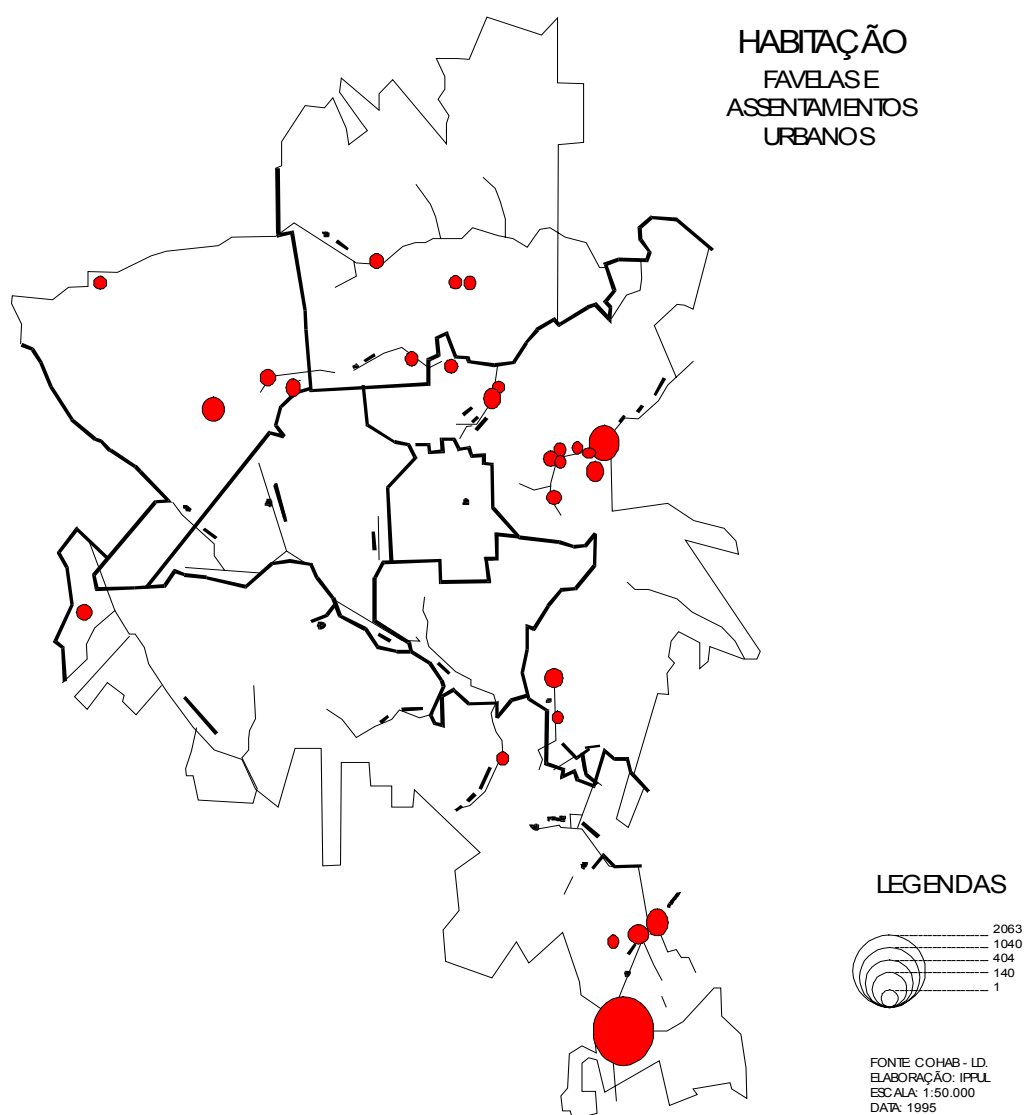
Com relação à região próxima e que sofre a influência direta ou indireta de Londrina, pode-se dizer que ela é o principal centro polarizador do norte do Paraná, exercendo influência em mais de cem municípios, que perfazem um contingente populacional superior a três milhões de habitantes.

Hoje, a sua área urbana se estende para municípios vizinhos, Ibiporã e Jataizinho a leste e Cambé e Rolândia a oeste, mais consolidada como área contígua à área urbana de Londrina, formando uma região já denominada como área metropolitana, e abrigando uma população de aproximadamente 600.000 habitantes. São municípios altamente urbanizados, pois os índices de urbanização de Cambé e Ibiporã estão acima de 90% da população total e os de Rolândia e Jataizinho, com respectivamente 85% e 83%. Fatores como acessibilidade, continuidade das áreas urbanas com municípios vizinhos e a intensa migração pendular, identificam essa área metropolitana como uma região de intensas relações territoriais e sócio-econômicas. Os serviços como transporte, telefone e segurança já estão integrados.

A população favelada tem aumentado nos últimos 15 anos, pois em 1983 era de aproximadamente 5.000 pessoas e em 1995 já era de 22.000 habitantes, isto é, um crescimento bruto de 17.000 pessoas. Esta população encontrava-se distribuída, neste ano, em 42 unidades (favelas, núcleos, assentamentos e ocupações irregulares). (Figura 3)

Segundo estimativa do IPPUL para o ano de 2020, a população londrinense

Figura 3 - Mapa da população favelada em Londrina, 1995.



*Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997.* será de 597.039 habitantes, desconsiderando já a população de Tamarana. (Tabela 10 e Gráfico 5). Essa estimativa é válida dentro do índice de crescimento atual, porém a mesma pode sofrer alterações com modificações econômicas e implantação do Parque Industrial, entre outros fatores.

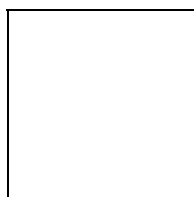


Tabela 10 - Evolução da população de Londrina. Estimativa para o ano 2020.

<b>Ano</b>	<b>População</b>
1970	228.101
1975	283.740
1980	301.711
1985	346.676
1990	380.969
1995	418.590
2000	447.718
2005	485.048
2010	522.378
2015	559.708
2020	597.039

Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

Gráfico 5 - Evolução da população de Londrina. Estimativa para o ano 2020.



Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

## Transição demográfica

Como já observamos, Londrina apresentou importante aumento populacional acompanhado por intensa urbanização. É reconhecido que a composição de uma população, num dado momento, é um reflexo de sua dinâmica durante um período de tempo, normalmente décadas. A mortalidade, se aumentada, diminui o contingente populacional, se diminuída, faz o efeito inverso; a fecundidade, traduzida por uma natalidade maior, também acrescenta indivíduos à população, ou a restringe, caso haja uma diminuição. Esses são os fatores a serem considerados na análise.

Os dados populacionais também são tradução de fenômenos migratórios. Em qualquer dado populacional para o Município deve-se ponderar tanto sobre o fenômeno da

imigração propiciada pelo setor primário no início de sua colonização e, posteriormente, com o fortalecimento relativo do setor terciário, funcionando a cidade como pólo regional, quanto o fenômeno emigratório devido às modificações nas relações sociais de produção no campo devido às intempéries - geadas - que determinaram a busca de novas fronteiras agrícolas pelas populações culturalmente ligadas à lavoura, ou para os grandes centros urbanos, como São Paulo.

Contudo, um outro aspecto interessante a ser observado, diz respeito à estrutura etária de sua população ao longo do tempo. O censo demográfico de 1960 mostra que a população de até 14 anos representava 42% da população, enquanto a faixa etária com mais de 60 anos, 3,41%. Em 1991 há uma diminuição na participação dos jovens que passam a ser somente 31% da população, enquanto que há um aumento na participação dos idosos, em que encontramos um percentual de 7,32%. (Tabela 11)

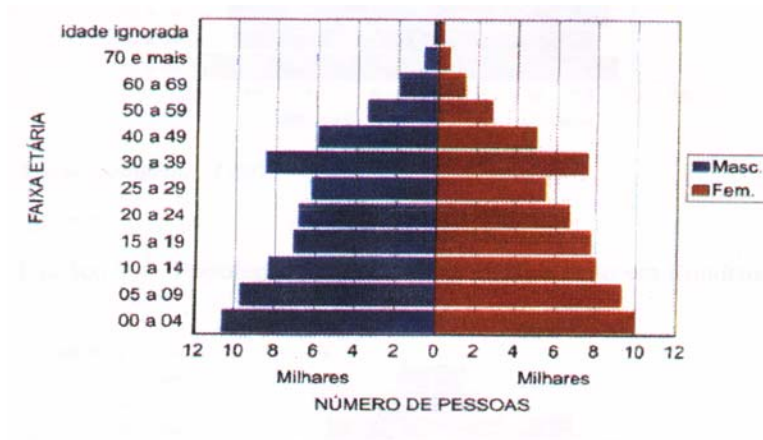
Tabela 11 - Evolução da população jovem e acima de 60 anos em Londrina, 1960-1991.

ANO	ATÉ 14 ANOS		ACIMA DE 60 ANOS	
	Nº	%	Nº	%
1960	55.887	41.79	4.567	3.41
1970	92.377	50.50	9.209	4.04
1980	105.222	34.88	16.366	5.42
1991	121.411	31.13	28.566	7.32

Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina, 1997

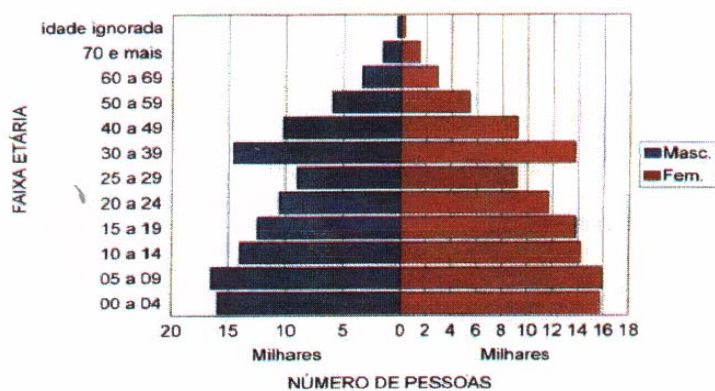
A análise da composição demográfica londrinense, por faixa etária e sexo, evidencia em sua estruturação estas modificações importantes neste período. Assim, verificamos pela estruturação gráfica, que a composição demográfica evolui para um alargamento em sua parte intermediária e em seu topo quando correlacionados com a sua base. (Gráficos 6, 7, 8 e 9)

Gráfico 6 - População segundo faixa etária e sexo em Londrina, 1960.



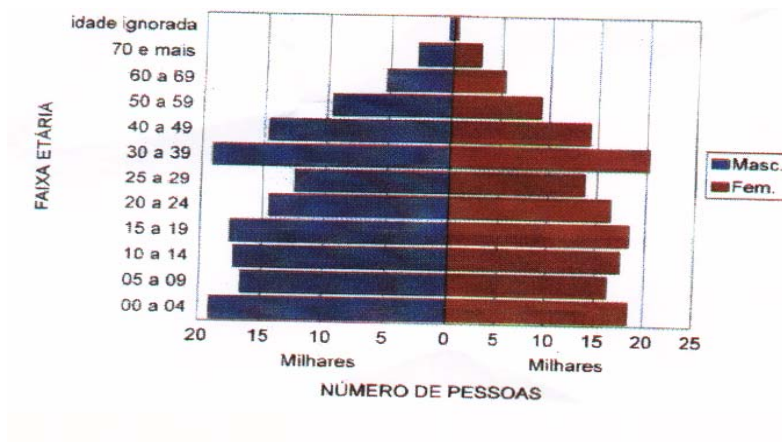
Fonte: Londrina, 1996

Gráfico 7 - População segundo faixa etária e sexo em Londrina, 1970.



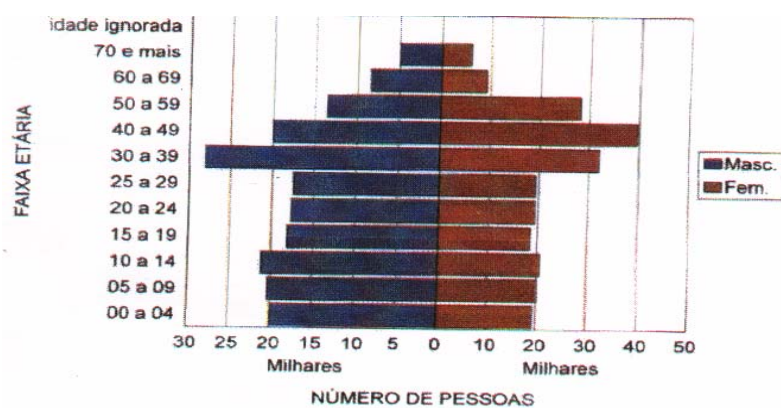
Fonte: Londrina, 1996

Gráfico 8 - População segundo faixa etária e sexo em Londrina, 1980.



Fonte: Londrina, 1996

Gráfico 9 - População segundo faixa etária e sexo em Londrina, 1991.



Fonte: Londrina, 1996

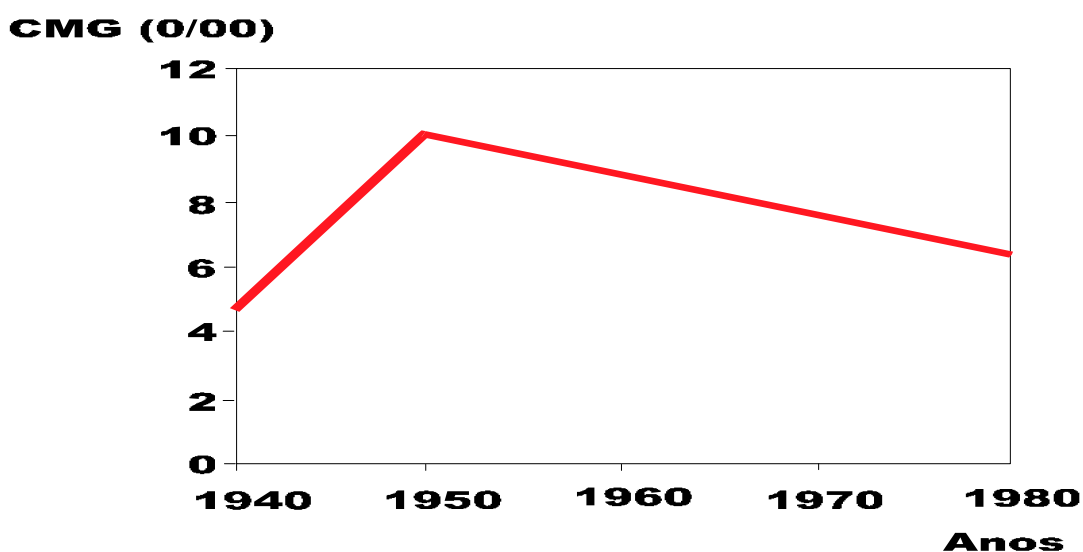
Esses dados, bem como o fato de que a população entre os dois grupos (20 e 60 anos) tenha permanecido relativamente estável, sugerem-nos um "envelhecimento da população" londrinense. Ou, em outras palavras, o Município parece apresentar uma "transição demográfica", ao longo de sua recente colonização, passando de uma população de característica jovem para uma população velha.

Segundo Moreira et al. [apud Laurenti (1990)], o Brasil apresentou uma redução na mortalidade geral de 23%, no período de 1921 a 1940 em relação ao período de 1840 a 1970. Entre aquele período e o de 1961 a 1970, portanto, em um espaço muito menor de tempo, a mortalidade reduziu-se em 50%. Os autores observam que uma redução da

mortalidade tão alta, em poucas décadas, não foi verificada nem nos países europeus.

Laprega (1992) ao descrever a evolução da mortalidade em Londrina, refere que a mortalidade geral decresce desde os anos 50, quando apresentava um coeficiente de 10,3/1000 habitantes, chegando em 1980 a 5,5/1000 habitantes. (Gráfico 10)

Gráfico 10 - Coeficiente de Mortalidade Geral do Município de Londrina, 1940 a 1980, padronizado para a população de 1980.

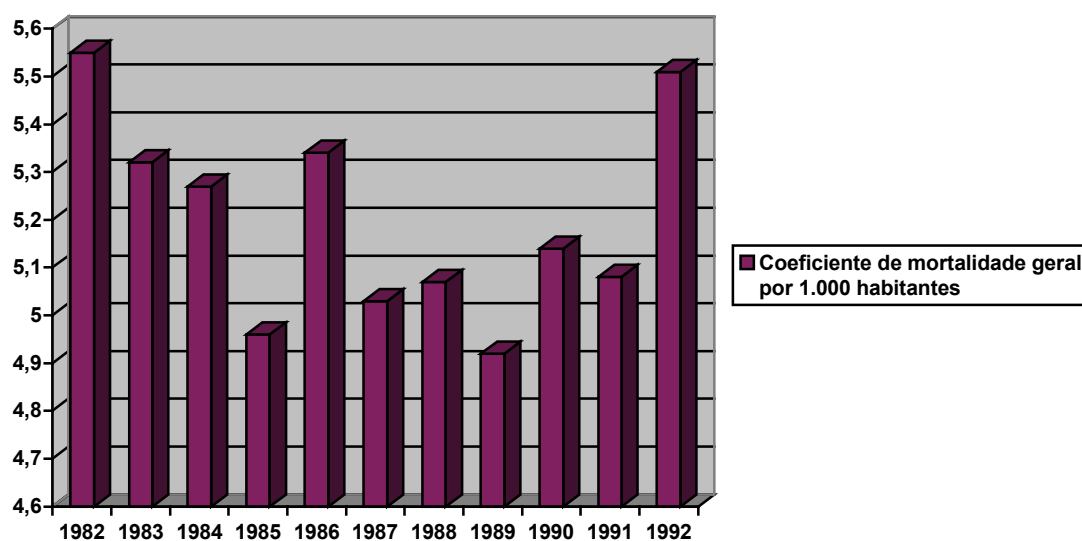


**Figura 3.2**

*Fonte: Laprega, 1992*

Na mortalidade geral no Município de Londrina, no período de 1982 a 1992 (último dado oficial), variou, por mil habitantes, de 5,55 para 5,51, apresentando um leve declínio, acompanhando a tendência do estado do Paraná. Portanto, nesta década, praticamente não houve variação do coeficiente. (Gráfico 11)

Gráfico 11 - Coeficiente de Mortalidade Geral por 1.000 habitantes em Londrina, 1982-92.



Fonte: Londrina, 1996

É importante reconhecer que, se por um lado podemos concluir pelo envelhecimento da população londrinense, por outro, é importante salientar que a queda da mortalidade pode não ter sido o fator preponderante para a explicação do envelhecimento. O argumento é que a queda da mortalidade pode ocorrer em todas as idades, principalmente nas primeiras, propiciando até mesmo um aumento da população entre os grupos mais jovens e que, portanto, o envelhecimento populacional estaria mais dependente da redução da fecundidade.

Para Laurenti (1990) a rápida queda da mortalidade na América Latina verificada a partir da década de 1930, não foi acompanhada de queda da natalidade. Esta teria ocorrido em períodos mais recentes e, particularmente em áreas mais urbanizadas, não se podendo afirmar que já tenham contribuído para o envelhecimento da população, motivo pelo qual, segundo o autor, não se verifica ainda a mesma proporção de velhos observada nas populações européias.

Além do envelhecimento, outra tradução deste comportamento da mortalidade e da natalidade foi o aumento da vida média das pessoas. Para Arriaga [*apud* Laurenti (1990)], observa-se um aumento de 22 anos na vida média da população latino-americana, no período de 30 anos, compreendido entre 1930 e 1960, enquanto que, da última década do



século passado até 1930, ou seja, num período de 40 anos, o aumento da vida média da população foi de apenas 5 anos.

Esse aumento da vida média tem como conseqüência óbvia uma morte mais tardia, ou seja, em idades mais avançadas. Nestas, as mortes ocorreriam dentro de um processo biológico humano natural, particularmente observável em países com boas condições de vida. Daí o fato já amplamente conhecido da influência que os indicadores de mortalidade geral sofrem quando estudados em uma população envelhecida.

Assim, apesar de os países desenvolvidos apresentarem indicadores de mortalidade geral inferiores aos dos países em desenvolvimento, deve ainda ser considerado este fator em sua estrutura populacional.

Por outro lado, fica evidente também para esses países o deslocamento proporcional de seus óbitos para faixas etárias mais elevadas. Assim, verifica-se que a Inglaterra, França, Estados Unidos e Espanha, por exemplo, já em 1980, apresentavam uma proporção de óbitos de 77,4%, 75,4%, 66,5% e 70,9%, respectivamente, nas faixas etárias de 65 anos ou mais.

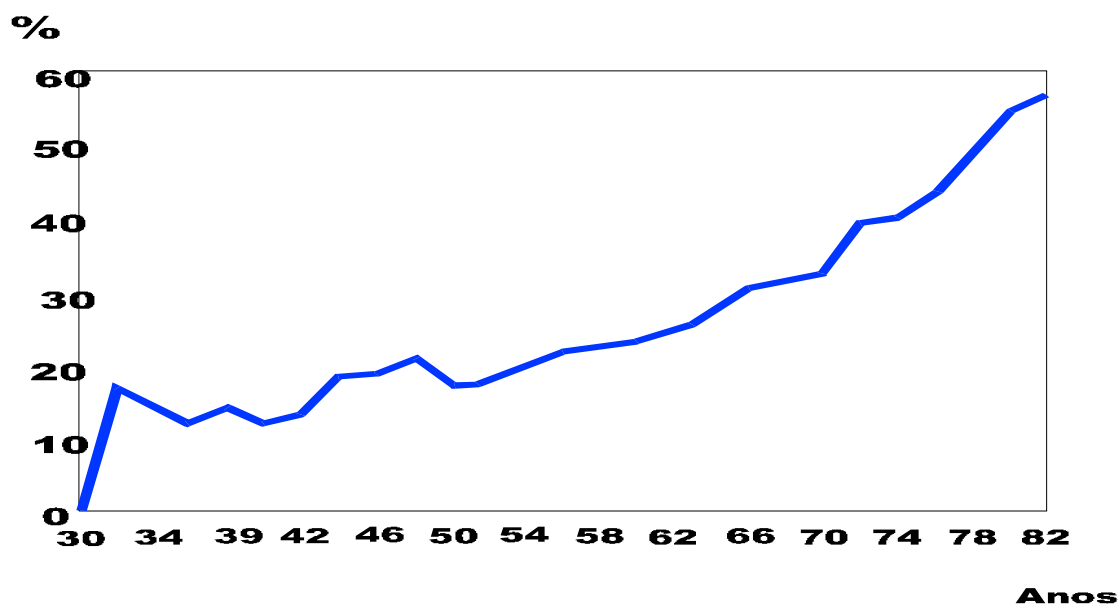
Este comportamento verificado durante a transição demográfica pode ser analisado através de um indicador bastante conhecido - indicador de Swaroop e Uemura - que é a razão de mortalidade proporcional para óbitos a partir dos 50 anos de idade.

No Brasil, as regiões que apresentam melhor situação em relação a estes indicadores, são a Região Sul e Sudeste, com aproximadamente 61% a 65% dos óbitos acima de 50 anos.

A análise para Londrina, demonstra que a razão variou de zero em 1930, 17,6% em 1932 a 57,4% em 1982. Ao agruparem-se os valores nos grupos propostos por Swaroop-Uemura, encontram-se para Londrina, valores inferiores a 25% de 1930 a 1962, de 25% a 49% de 1964 a 1978 e de 50% a 74% de 1980 a 1982. (Gráfico 12)

O indicador de Swaroop-Uemura, ao demonstrar a proporção de óbitos acima de 50 anos que ocorrem numa localidade, possibilita-nos uma aproximação com relação à evolução dos óbitos nesta faixa etária. Neste sentido verificamos que a porcentagem de óbitos para indivíduos acima de 50 anos, em Londrina, quando comparada à das demais faixas etárias apresentou um aumento contínuo.

Gráfico 12 - Razão de Mortalidade Proporcional em Londrina, 1930 a 1982.



Fonte: Laprega, 1992

A evolução da Curva de Mortalidade Proporcional construída para uma média dos óbitos no período de 30 a 34, devido ao número pequeno de casos e para os anos de 1940, 1950, 1960, 1970 e 1980 (Gráfico 13), permitiu, após a análise das curvas, a seguinte classificação de tipos proposta por Nelson Moraes. (Laprega, 1992 p. 35):

*1930 a 1934 e 1940: Tipo I (nível de saúde muito baixo)*

*1950: tendendo para o Tipo II (nível de saúde baixo)*

*1960: aproximando-se do Tipo II*

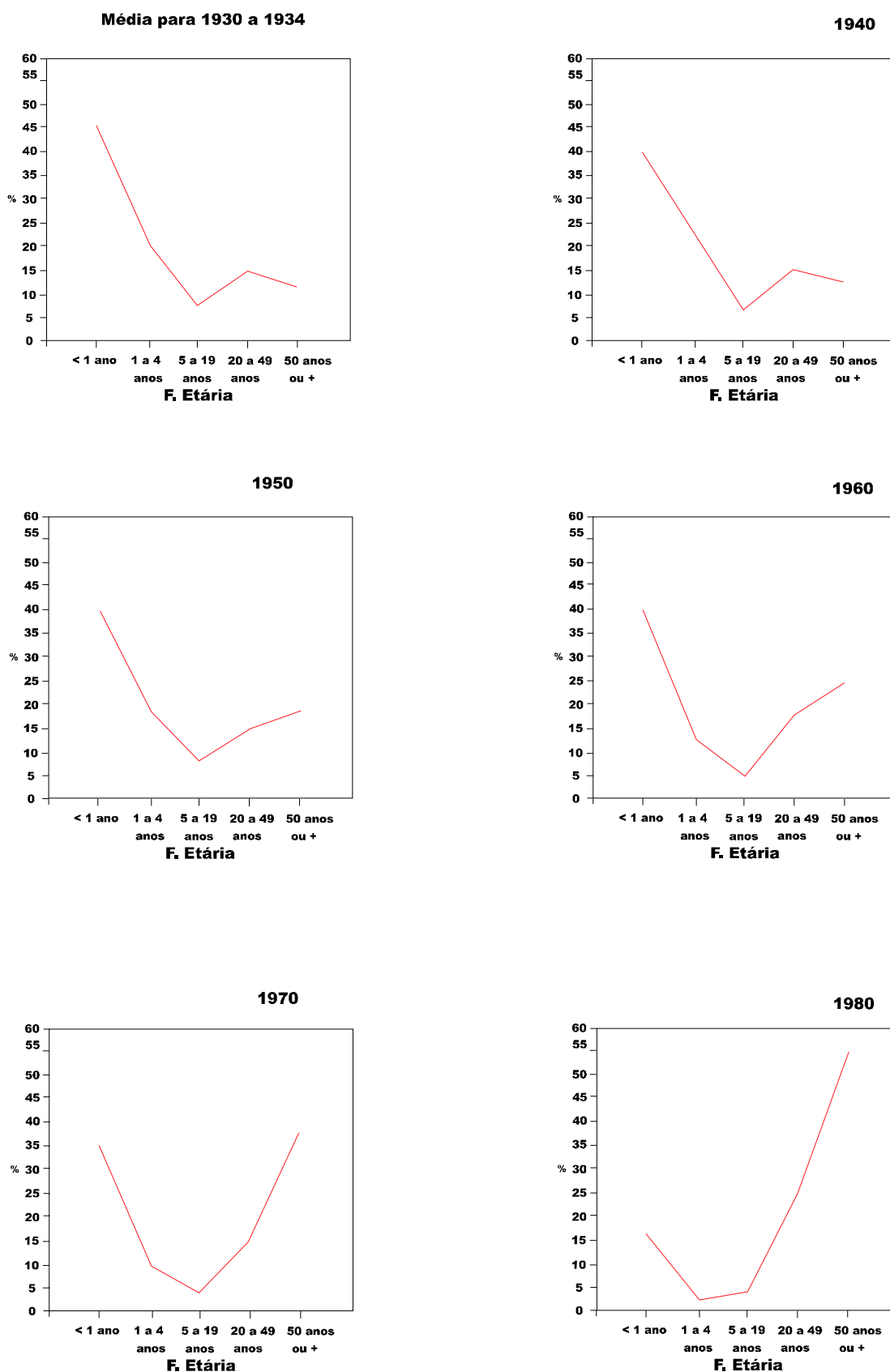
*1970: tendendo para o Tipo III (nível de saúde regular)*

*1980: aproximando-se do Tipo IV (nível de saúde elevado).*

Baseado neste critério e considerando a década de 1982 a 1992, os indicadores de mortalidade proporcional apontam para uma melhoria do estado de saúde da população, em que o autor verifica um aumento na proporção de mortes em pessoas com idade acima de cinquenta anos, de 56,24% para 67,11% e uma redução de 17,01% para 7,36%, dos óbitos em menores de um ano. (Gráficos 14 e 15)

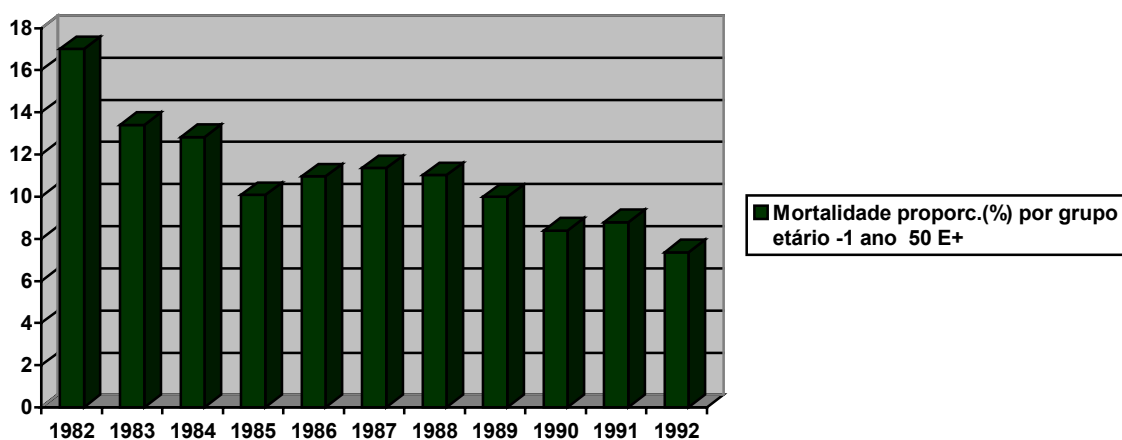
Em 1994 a mortalidade proporcional manteve o mesmo percentual que em 1992.

Gráfico 13 - Curvas de Nelson Moraes para Londrina, 1930-1980.



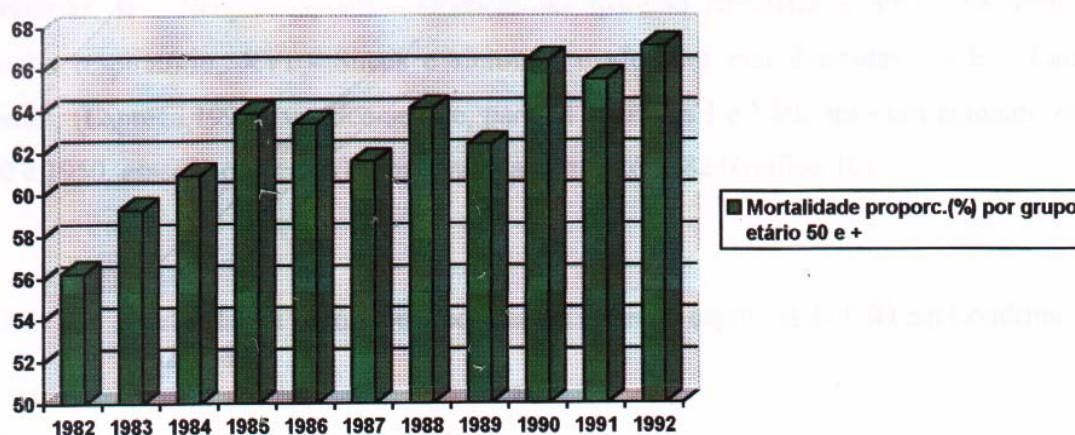
Fonte: Laprega, 1992

Gráfico 14 - Mortalidade Proporcional (%) por grupo etário (- 1 ano) em Londrina, 1982-92.



Fonte: Londrina, 1996

Gráfico 15 - Mortalidade Proporcional (%) por grupo etário (50 anos e +) em Londrina, 1982-92.



Fonte: Londrina, 1996

No Brasil, nas Regiões Sul e Sudeste, aproximadamente 10% a 12% dos óbitos ocorrem antes de um ano de idade.

Do ponto de vista da saúde da população observa-se o aumento da mortalidade conseqüente às doenças não-transmissíveis (ou crônico-degenerativas), devido ao aumento

dos idosos. Isto não quer dizer, necessariamente, que não permaneçam ainda como significativas as doenças transmissíveis. Ademais, ressalta-se que, concomitantes à transição demográfica, são evidenciadas outras questões ou aspectos que envolvem mudanças nos padrões de mortalidade e morbidade que devem ser levadas em consideração. Elas comumente são descritas no que se convencionou chamar de transição epidemiológica.

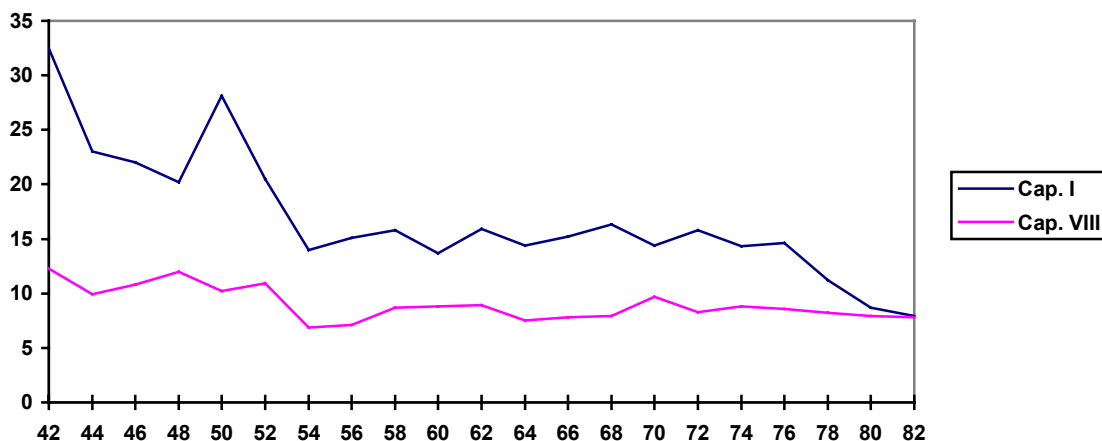
### **Transição epidemiológica**

Ao mesmo tempo que ocorrem mudanças na estrutura da população, também se observam mudanças na incidência e na prevalência das doenças, bem como nas principais causas de morte. Essas mudanças deram origem à chamada transição epidemiológica. Esse conceito pressupõe uma evolução gradual dos problemas de saúde caracterizados por alta prevalência e mortalidade por doenças infecciosas para um estado em que passam a predominar as doenças não infecciosas, ou também crônico-degenerativas. (Omram, *apud* Laurenti, 1990).

Para uma melhor análise dos fenômenos de transição, portanto, torna-se necessário estudar as questões que envolvem os padrões de mortalidade e de morbidade que ocorrem concomitantemente à transição demográfica.

Ao se construírem coeficientes de mortalidade para Londrina, e se considerarem alguns capítulos da Classificação Internacional das Doenças (CID), referentes aos capítulos I - Doenças infecciosas e parasitárias, II - Neoplasias, VII - Doenças do aparelho circulatório, VIII - Doenças do aparelho respiratório, XVI - Sinais e sintomas e afecções mal definidas e CE - Causas externas, (Laprega, 1992), verifica-se que, para os Capítulos I e VIII, após um aumento entre 1940 e 1950, esses coeficientes caem continuamente até 1982. (Gráfico 16)

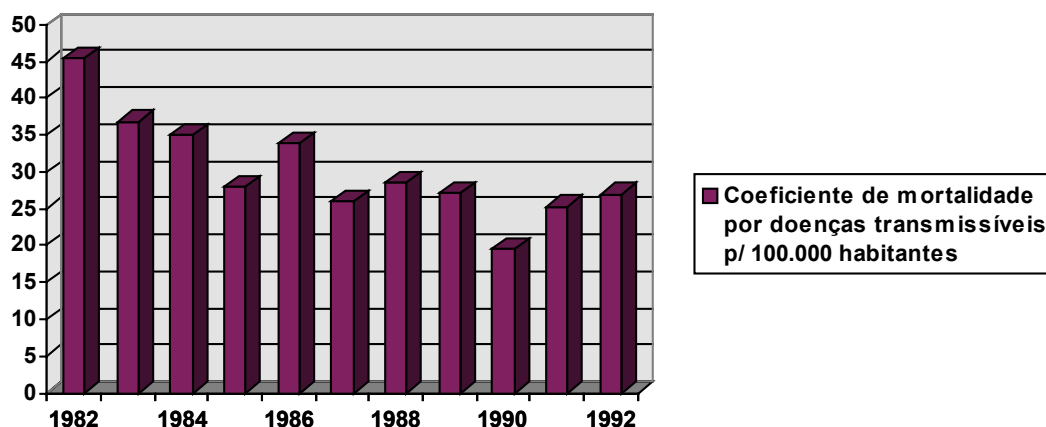
Gráfico 16 - Mortalidade Proporcional por causas segundo capítulos da CID em Londrina, 1942-1982.



Fonte: Laprega, 1992

Em Londrina, houve uma queda acentuada desse coeficiente por 100.000 habitantes: de 45,40 em 1982, para 27,00 em 1992 (Gráfico 17), muito embora se façam ressalvas a este indicador pelo fato de depender do preenchimento do atestado de óbito revelador da causa básica do óbito.

Gráfico 17 - Coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis por 100.000 habitantes em Londrina, 1982-92.



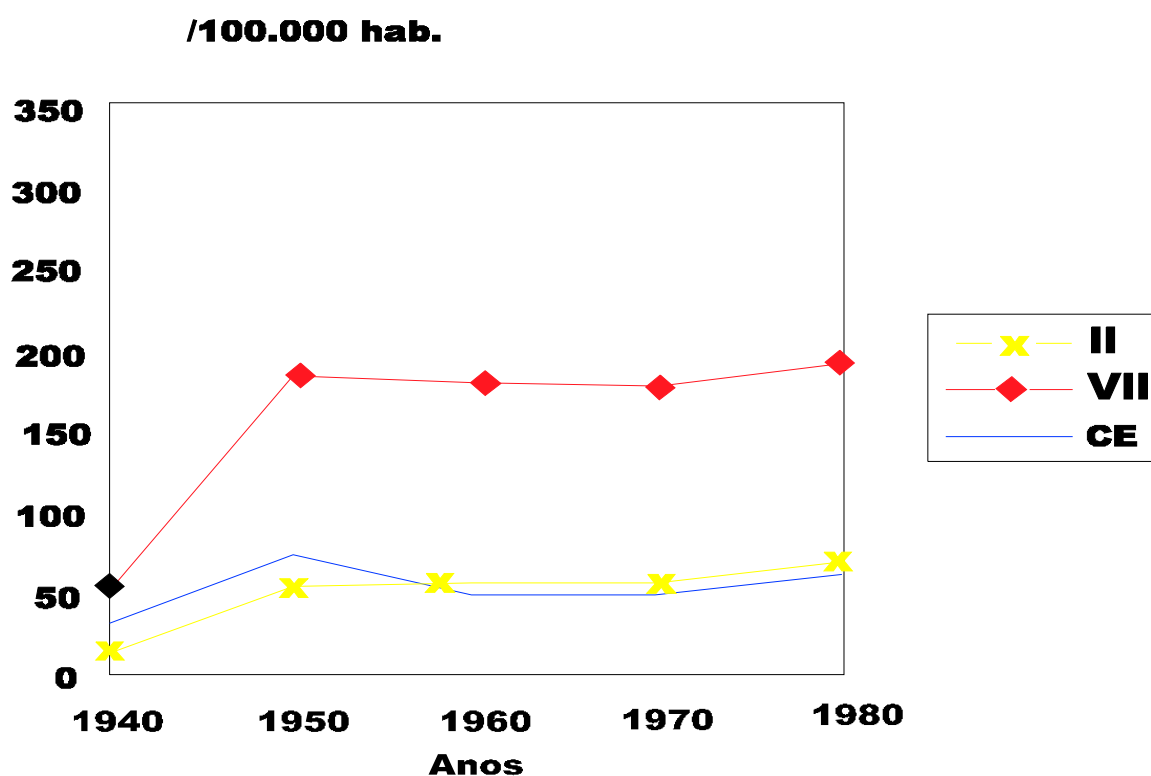
Fonte: Londrina, 1996

Países desenvolvidos como a Inglaterra, Holanda, Estados Unidos da América do Norte, Suécia e Japão, já em 1980, apresentavam índices de 4,0; 4,4; 8,1; 6,0 e 10,2, por 100.000 habitantes, respectivamente.

O coeficiente de Londrina para 1994 foi de 22,46, representando o sexto lugar das causas de morte (4,9% do total).

Quanto às doenças não-transmissíveis, o mesmo autor, quando analisa o capítulo das doenças do aparelho circulatório, observa um aumento dessas doenças entre 1940 e 1950, que se mantém estabilizado até 1980. Para o capítulo das neoplasias observa-se um aumento do coeficiente entre 1940 e 1950, que se mantém estável até 1970 e apresenta novo aumento, discreto, em 1980. (Gráfico 18)

Gráfico 18 - Coeficientes de mortalidade para alguns capítulos da CID em Londrina, 1940-1980.

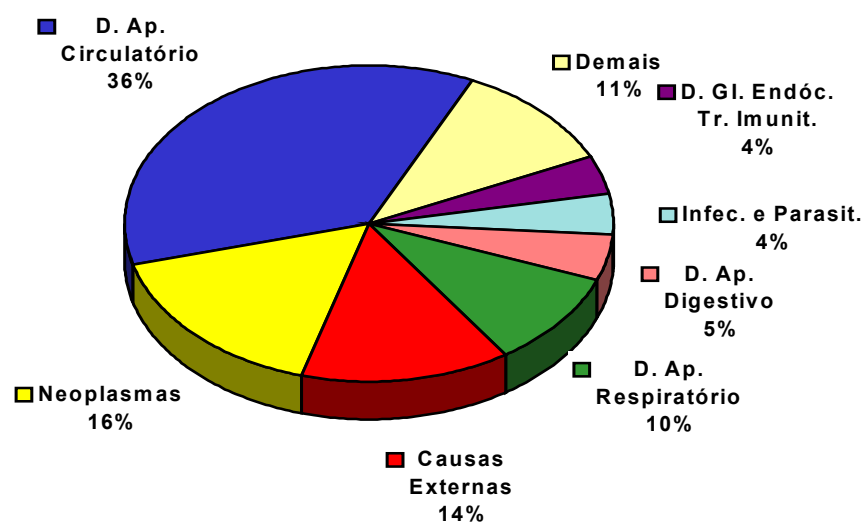


Fonte: Laprega, 1992

Os dados relativos à mortalidade por causas no ano de 1995 demonstram que em primeiro lugar aparecem as doenças do aparelho circulatório, representando, 36,0% dos

óbitos (Gráfico 19), e as principais causas de morte nesse grupo são a doença cerebrovascular, seguida de doença isquêmica do coração (incluindo infarto) e doença hipertensiva.

Gráfico 19 - Principais causas de morte de residentes em Londrina, 1995.



Fonte: Londrina, 1996

As neoplasias são também a segunda causa de morte em 1995, cuja incidência para o sexo masculino é maior por câncer de estômago, próstata, pulmão, traquéia e brônquios e pâncreas; para o sexo feminino, por câncer de mama, em primeiro lugar, seguido por câncer de pulmão, traquéia e brônquios, colo de útero e cólon.

As causas externas de morte ocupam o terceiro lugar, principalmente devido aos acidentes de trânsito (aproximadamente 40%) e homicídios (aproximadamente 20%) de acordo com a Tabela 12.



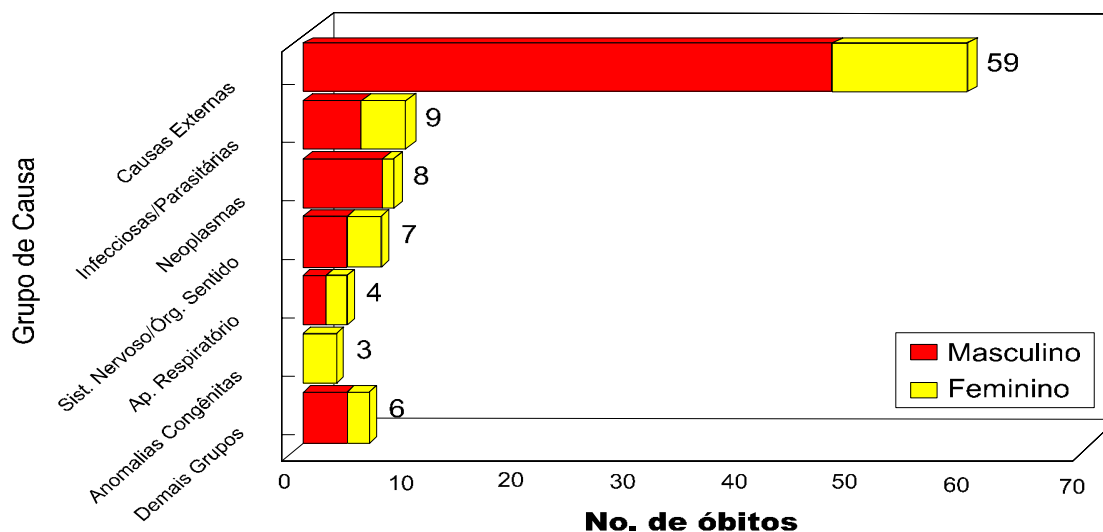
Tabela 12 - Principais causas de morte no grupo de causas externas em residentes de Londrina, 1995.

CAUSAS	Nº DE MORTES
<b>Acidentes de Trânsito</b>	121
<b>Homicídios</b>	61
<b>Quedas</b>	43
<b>Suicídios</b>	26
<b>Afogamento Acidental</b>	15

Fonte: Londrina, 1996

Nos Gráficos 20 e 21, são analisadas as causas externas por faixa etária e sexo, em relação às demais causas. Nesses gráficos verifica-se que as causas externas passam a ser a primeira causa de óbito, quando consideradas as faixas etárias até 49 anos de idade.

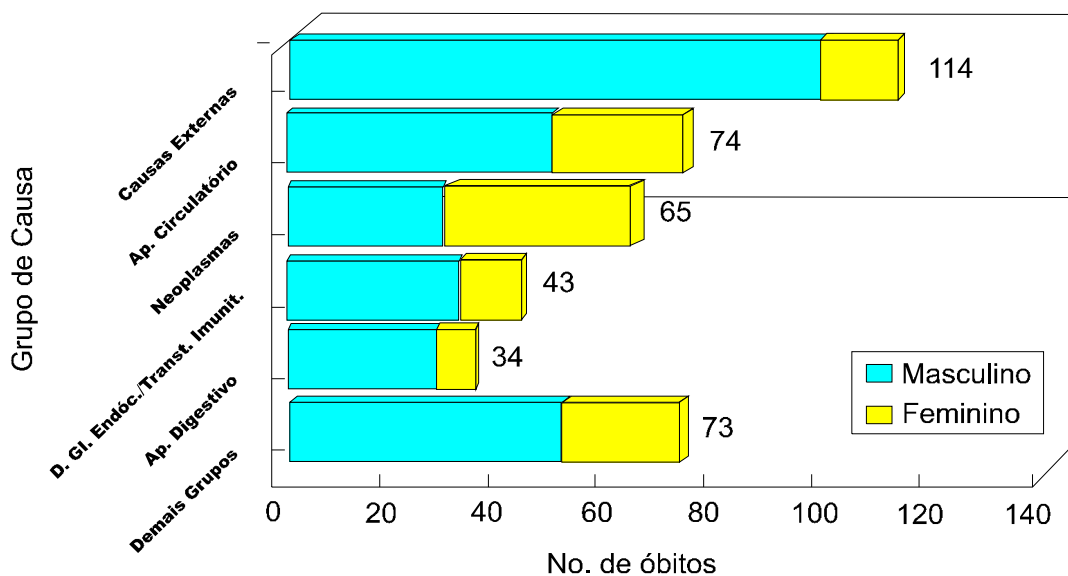
Gráfico 20 - Número de óbitos na faixa etária de 1 a 19 anos, segundo grupo de causas de morte e sexo em Londrina, 1994.



Fonte: Londrina, 1996

Gráfico 21 - Números de óbitos na faixa etária de 20 a 49 anos, segundo grupo de causa de

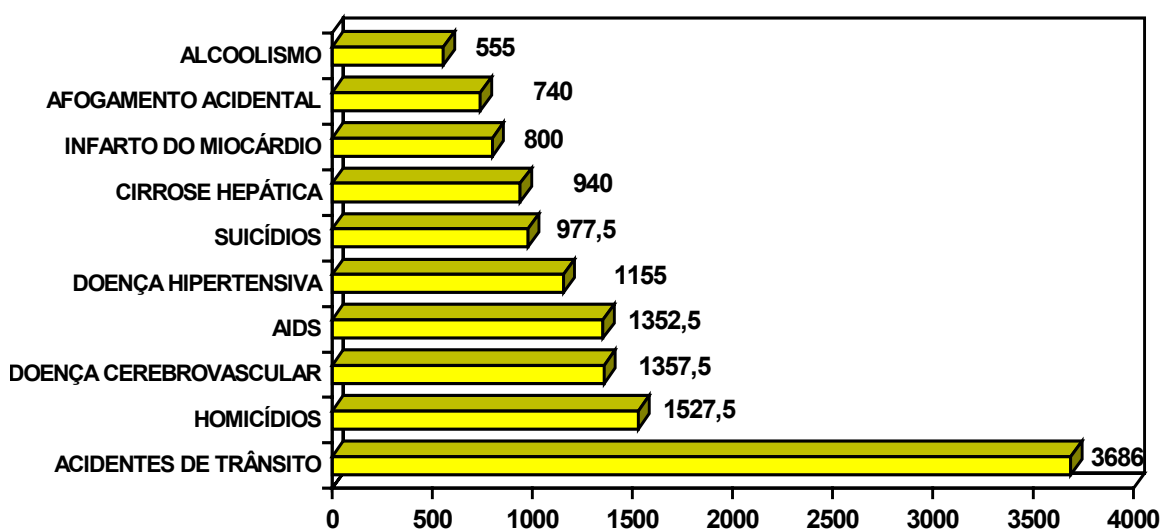
morte e sexo em Londrina, 1994.



Fonte: Londrina, 1996

As causas externas - acidentes de trânsito, incluindo atropelamentos e homicídios - são as principais causas de morte em termos de anos potenciais de vida perdidos, segundo o Gráfico 22.

Gráfico 22 - Anos potenciais de vida perdidos\* de residentes em Londrina, 1994.



Fonte: Londrina, 1996

\* Anos potenciais perdidos entre as idades de 1 a 70 anos

Esses dados parecem corroborar os preceitos teóricos propostos por Omran. Segundo aquele autor, nos países latino-americanos, ocorreu (ou está ocorrendo) o chamado modelo de Transição Contemporânea ou Retardada, que se enquadra nos chamados preceitos da teoria da transição epidemiológica, os

quais englobam aspectos ligados à mortalidade, especificando-se estes como proposições. Dentre estas, a proposição 2 - relativa às mudanças, lentas e de longa duração, nos padrões de morbidade e mortalidade - o autor pondera:

*Durante a transição ocorrem mudanças, lentas e de longa duração, nos padrões de morbidade e mortalidade, verificando-se que as pandemias de doenças infecciosas foram gradualmente sendo substituídas pelas doenças degenerativas e doenças provocadas pelo homem (man-made diseases) como os principais componentes da mortalidade e como causa primária (básica) de morte. (Omran apud Laurenti. 1990. p. 148)*

Quanto a essas mudanças o autor relata que, quanto à mortalidade, é possível distinguir três grandes períodos ou estágios sucessivos na transição epidemiológica: o período das pestilências e da fome; o período do desaparecimento das pandemias e o período das doenças degenerativas e das doenças provocadas pelo homem ou, segundo os termos preferidos por Laurenti (1990), doenças não-transmissíveis e doenças ligadas ao estilo de vida.

De qualquer forma, para Omran, nos países hoje em desenvolvimento, a transição iniciou-se em períodos variáveis de país para país, mas ainda não se completou. E ao discutir a queda da mortalidade e a transição epidemiológica considera, o citado autor, que a influência dos fatores médicos foi desprezível até o século XX, quando as pandemias por doenças infecciosas já haviam se reduzido significativamente. O modelo clássico de transição epidemiológica destes países foi determinado prioritariamente, segundo o autor, por fatores ecobiológicos e sócio-econômicos. O declínio da mortalidade nos países atualmente em desenvolvimento é de observação mais recente e os efeitos dos fatores médicos foram mais diretos e evidentes, considerando-se o modelo de transição como do tipo contemporâneo ou retardado.

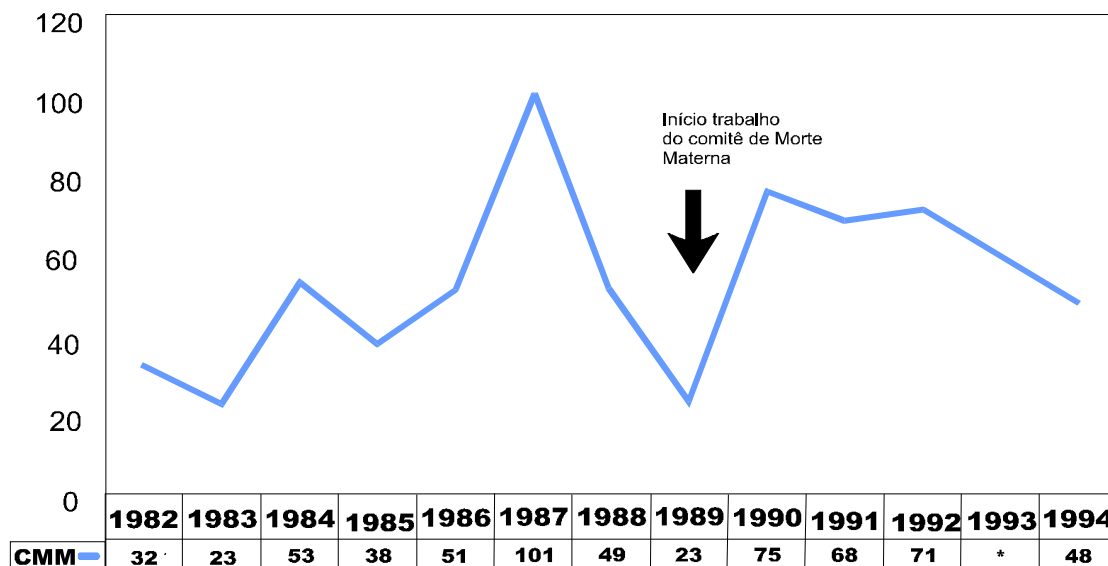
Muito embora o comportamento da mortalidade por causas tenha sido utilizado, quase que exclusivamente, para descrever a transição epidemiológica, a mortalidade infantil e materna ou o seu declínio podem igualmente ser utilizados. Isto porque, à medida que progride a transição com o característico declínio das doenças infecciosas e o progressivo aumento das doenças crônico-degenerativas, vai ocorrendo também um declínio da mortalidade infantil e da mortalidade materna. (Laurenti, 1990)

Estima-se que o coeficiente de mortalidade materna, em várias regiões da América Latina e da África, esteja entre 200 e 300 mortes de mulheres por complicação da gravidez, parto e puerpério para 100.000 crianças que nascem vivas. No Brasil, calcula-se que seja da ordem de 150 por 100.000 nascidos vivos, o que se pode considerar um nível muito

alto. O Paraná, em 1991, apresentou um coeficiente de 100,72 por 100.000 nascidos vivos, o qual é considerado alto, segundo a classificação adotada pelos comitês de morte materna do Paraná. (Braga et al., 1992)

Em Londrina, no período de 1982 a 1992, observou-se o aumento de 32 para 71/100.000 nascidos vivos, nos coeficientes de mortalidade materna, provavelmente devido à melhoria de investigação de óbitos, com a implantação dos comitês de morte materna. (Gráfico 23)

Gráfico 23 - Coeficiente de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos em Londrina, 1982-94.



Fonte: Londrina, 1996

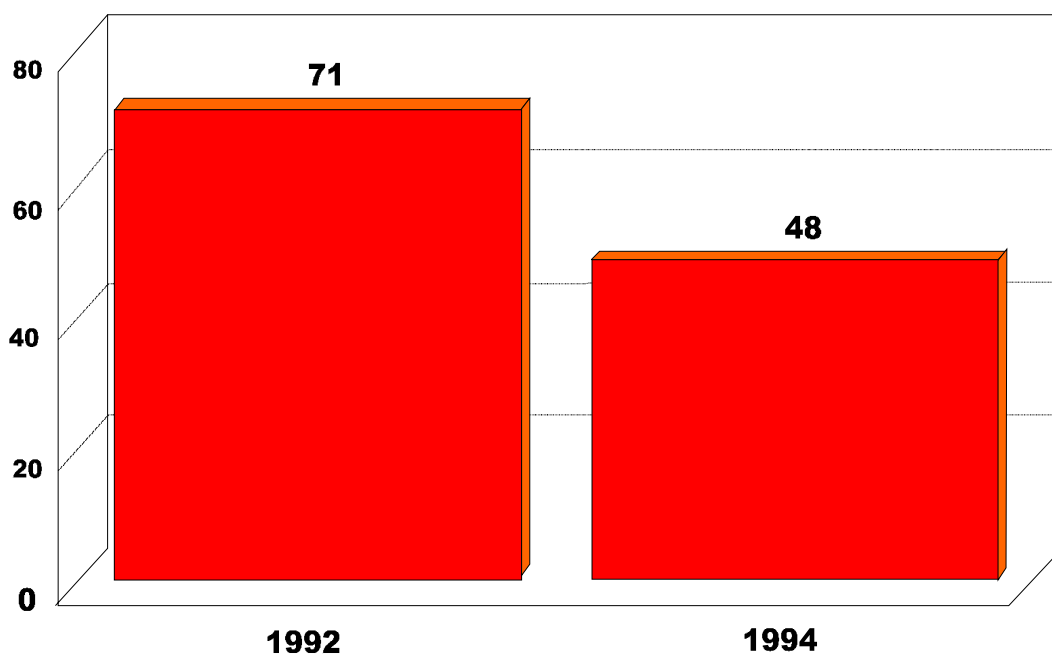
Para o ano de 1993, registrou-se o coeficiente de aproximadamente 85/100.000 nascidos vivos, com 6 mortes maternas, tendo como causas doenças evitáveis, como hipertensão arterial (42,8%) e infecção (28,5%), que traduzem uma baixa qualidade da assistência ambulatorial e hospitalar com relação à parturiente e à gestante. Cerca de 57% destes óbitos ocorreram em mulheres com idade entre 20 e 30 anos, acompanhando a tendência do Paraná, onde o maior número de mortes foi em mães de 25 a 30 anos. (Londrina, 1996)

Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) indicam,

num estudo realizado para o período de setembro/93 a agosto/94, que 99,6% dos partos foram hospitalares, o que indica uma boa assistência ao parto e uma taxa de cesariana de 49,1%, taxa esta que varia de 14,3% até 84,1% entre os vários hospitais. Nos países desenvolvidos esta taxa raramente ultrapassa 15% e a Organização Mundial da Saúde recomenda uma taxa de até 10%. (Londrina, 1996)

Apesar dessas questões, esse indicador apresenta tendência declinante, sendo observada somente no período de 1992 a 1994 uma redução de 32,4% (Gráfico 24), com um indicador de 48 óbitos por 100.000 nascidos vivos, considerado baixo<sup>3</sup>.

Gráfico 24 - Coeficiente de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos em Londrina, 1992-1994.



Fonte: Londrina, 1996

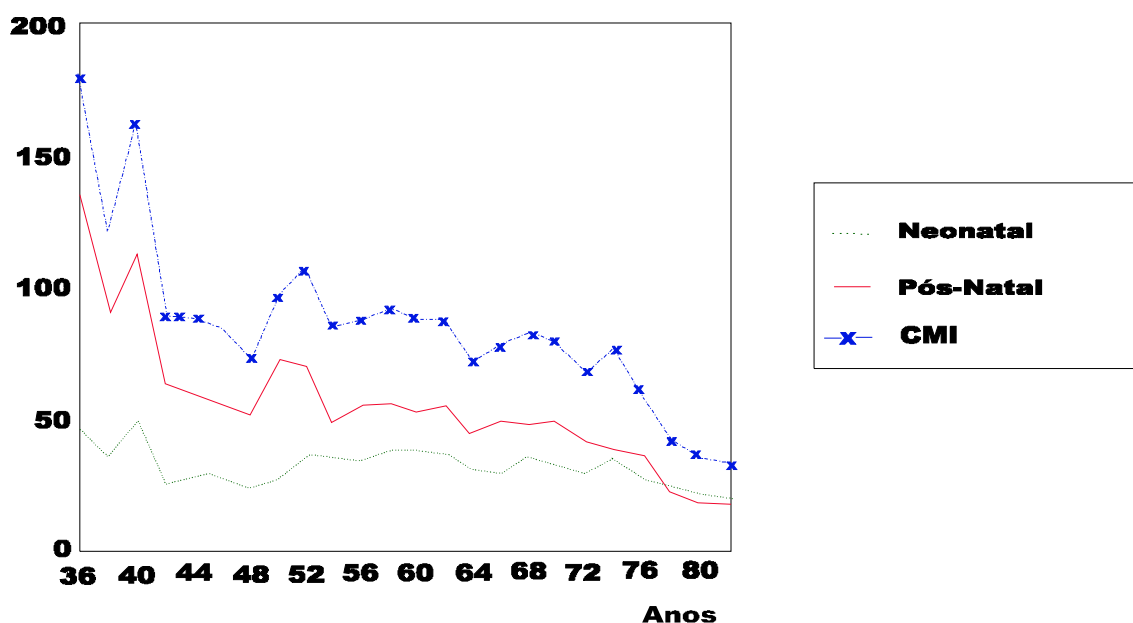
A redução da mortalidade infantil tem sido observada na maioria das populações. Dados no Brasil demonstram que houve uma redução de 118, 70, 54/1.000 nascidos vivos nos anos 1960, 1983 e 1992, respectivamente. (Londrina, 1996)

Em Londrina, o coeficiente de mortalidade infantil que em 1936 era de

<sup>3</sup> A classificação adotada para os coeficientes de mortalidade materna é de muito alto, alto, médio e baixo, segundo apresentam valores maiores de 50, entre 100 e 150, entre 50 e 100 e menores do que 50 óbitos por 100.000 nascidos vivos, respectivamente. (Braga et al., 1992, p. 47)

179/1.000 nascidos vivos, em 1980 chega a 30,2/1.000 nascidos vivos (Gráfico 25). Assim, segundo Laprega (1992), *há uma queda brusca da mortalidade infantil entre 1940-42, seguida de um período de lento declínio até o início da década de 70, quando há uma nova mudança na inclinação da curva que passa a cair rapidamente.* (Laprega, 1992, p. 32)

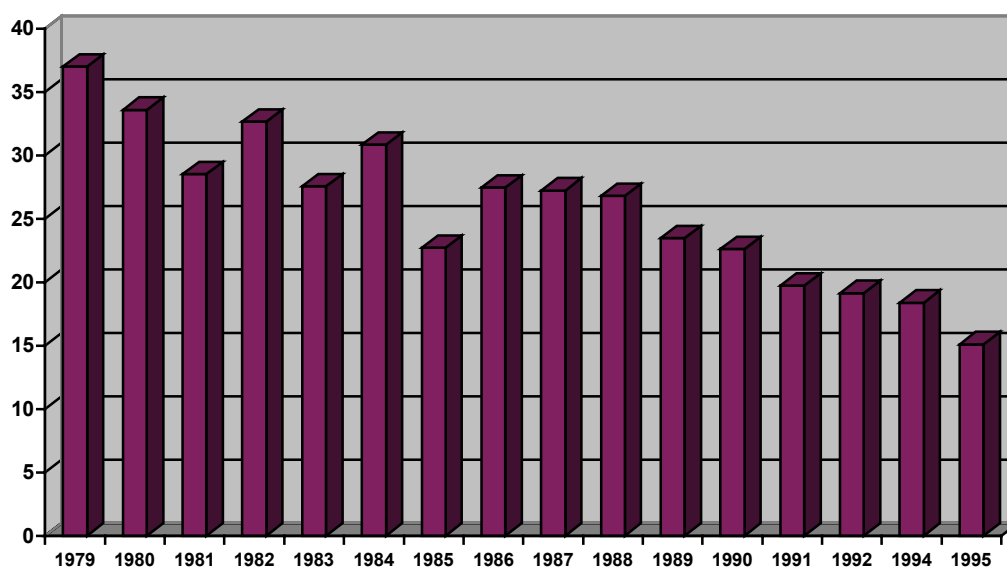
Gráfico 25 - Coeficiente de mortalidade infantil em Londrina, 1936-1980.



Fonte: Laprega, 1992

Já em 1982 esse coeficiente era de 32,67, chegando a 19,14 por 1.000 nascidos vivos em 1992, abaixo do do Paraná, que em 1991, apresentou um índice de 30,80/1.000 nascidos vivos. Em 1994, esse índice em Londrina estava em 18,39, abaixando em 1995 para 15,15/1.000 nascidos vivos. (Gráfico 26)

Gráfico 26 - Coeficiente de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos em Londrina, 1979-1995.



Fonte: Londrina, 1996

Observa-se ainda uma redução de todos os componentes da mortalidade infantil no mesmo período de 1979-92. (Tabela 13)

Tabela 13 - Coeficientes de natimortalidade, mortalidade perinatal por 1.000 nascidos vivos e mortos e mortalidade neonatal precoce, neonatal, infantil tardia e coeficiente de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos em Londrina, 1979-92.

Coeficiente Ano	Natimortalidade	Mortalidade Perinatal	NeoNatal Precoce	Mortalidade Neonatal	Infantil Tardia	C.M.I
1979	22,39	37,06	15,00	19,97	17,03	37,01
1980	22,16	38,14	16,33	19,21	14,38	33,59
1981	19,26	32,50	13,50	16,79	11,74	28,53
1982	16,33	31,06	14,97	18,45	14,21	32,67
1983	15,19	30,63	15,66	18,02	9,54	27,56
1984	16,61	30,46	14,08	16,89	13,94	30,84
1985	14,44	25,68	11,41	14,65	8,03	22,69
1986	14,83	26,91	12,25	15,82	11,61	27,44
1987	10,57	23,41	12,97	17,68	9,54	27,22
1988	13,52	25,70	12,34	15,68	11,11	26,79
1989	12,87	24,11	11,38	14,46	9,01	23,47
1990	9,08	19,05	10,05	12,18	10,42	22,61
1991	11,94	20,95	9,12	11,17	8,55	19,72
1992	10,30	19,42	9,21	12,32	6,82	19,14

Fonte: Londrina, 1996

Como se pode verificar, a redução da mortalidade infantil deu-se principalmente às custas da mortalidade infantil tardia. Essa parcela específica do coeficiente

reduziu-se de 17,03 para 6,82 por mil nascidos vivos (redução proporcional de 60,0%) comparando-se o ano de 1992 com o ano de 1979.

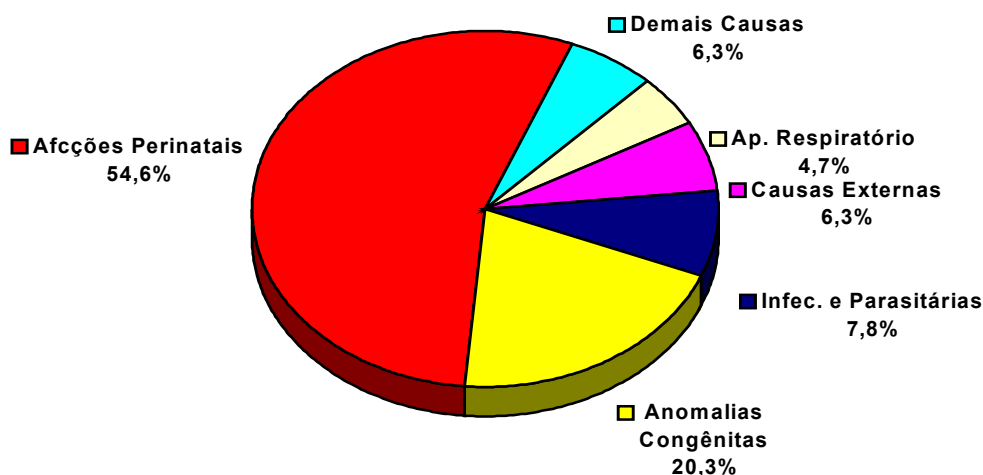
A mortalidade neonatal reduziu-se de 19,97 para 12,32 por mil nascidos vivos (redução de 38,3%) e a mortalidade neonatal precoce reduziu-se de 15,00 para 9,21 por mil nascidos vivos (redução de 38,6%), no mesmo período.

Com relação à natimortalidade houve uma redução de 22,39 para 10,30 por mil nascidos vivos. Dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) mostram que, em relação ao ano 1992, o coeficiente de mortalidade infantil em Londrina reduziu-se em 1994, para perto de 4% (de 19,14 para 18,39 por mil nascidos vivos). Já em 1995, essa redução foi ainda mais acentuada (cerca de 30%) em relação ao ano anterior, passando para um coeficiente de 15,15 por mil nascidos vivos.

Constata-se assim que, se de um lado da moeda temos uma redução da mortalidade infantil devida à redução da mortalidade infantil tardia, (mais sujeitos às ações de melhoria do meio e da assistência à saúde ou do nível sócio-econômico), do outro temos o deslocamento da mortalidade segundo o grupo de causas para as afecções perinatais e anomalias congênitas, sendo que ambas concorrem com 75% das causas de óbito. (Gráfico 27)

Gráfico 27 - Mortalidade infantil segundo grupo de causas de morte de residentes em Londrina, 1995.





Fonte: Londrina, 1996

*Esta redução é, provavelmente, devida à melhoria na assistência à gestação e ao parto, assim como a ações de atenção precoce e especial aos recém-nascidos que apresentam maior risco de adoecer ou de morrer do Programa Nascer com Futuro implantado no município (sic). (Londrina, 1996, p. 98)*

Porquanto tenhamos dados que permitam sugerir que em Londrina observamos esta “passagem” pela transição epidemiológica, não temos muitas informações que permitem fazer alguma avaliação sobre a nova tendência ou sobre a “nova transição”, em que se retomaria a questão do declínio das doenças crônico-degenerativas - a exemplo das doenças do coração - e o recrudescimento das doenças infecciosas, a exemplo da dengue e tuberculose além do aparecimento de novas moléstias infecciosas como a causada pelo vírus da imunodeficiência humana.

O fato é que para algumas delas os dados apontam para um aumento de sua incidência. É o caso da tuberculose, da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), das meningites, hepatite B, dengue, entre outras.

No Paraná, a incidência de tuberculose foi de 26,8 por 100.000 habitantes em 1991. No Brasil ocorrem a cada hora, 10 novos casos de tuberculose e morrem 14 doentes por dia, com uma incidência em 1991 de 53,8 casos por 100.000 habitantes. No caso das meningites verifica-se um comportamento irregular. A doença meningocócica, que engloba os

casos de meningite meningocócica e meningococemia, apresentou significativo aumento de incidência que passou de 2,25/100.000 habitantes, em 1992, para 5,14/100.000 habitantes em 1993. Esse comportamento é o mesmo de aquele que se verificou no Paraná onde, em 1992, a incidência ficou superior a 4/100.000 habitantes.

Pesquisa realizada pela Fundação Nacional de Saúde indica que em cerca de 20% das residências de Londrina foi encontrado o vetor da dengue. Apesar de todos os esforços para esclarecimento da população e ação de controle do vetor, em 1991 e 1994 Londrina registrou dois casos autóctones de dengue. No entanto, até outubro de 1995 houve registro de 34 casos autóctones e 3 importados.

A AIDS ilustra, mundialmente, a questão da transição mostrando que as doenças infecciosas não são coisas do passado, resolvida por melhoria das condições de vida nos países desenvolvidos ou por influência da tecnologia médica para os países em desenvolvimento.

A incidência de AIDS em Londrina vem aumentando sistematicamente. De 1989 para 1990 passou de 2,64 para 7,08 e nos anos seguintes foi de 9,48; 15,27; 20,79 e 13,31 em 1991, 1992, 1993 e 1994, respectivamente. Seguindo a tendência do Brasil, Londrina vê crescer o número de casos entre mulheres. Do total de casos, 70 são do sexo feminino, guardando uma relação de 3:1 para com o sexo masculino. A transmissão sangüínea representa 41,6% do total (132 casos) sendo que, a transmissão por uso de drogas injetáveis representa 95,45% deste grupo. A transmissão perinatal, 4,73 do total (15 casos); a transmissão sexual, 46,68 do total (148 casos), sendo que a transmissão por relacionamento heterossexual, homossexual e bissexual assumem a mesma importância, perfazendo 39,45, 34,7% e 25,9%, respectivamente.

## CAPÍTULO 2 - DESCENTRALIZAÇÃO EM LONDRINA

O que pretendemos desenvolver neste capítulo refere-se à evolução dos serviços de saúde oferecidos à população e sob responsabilidade do Governo Municipal. Mais do que isto, pretendemos discutir as atividades desenvolvidas sob o aspecto da descentralização do setor saúde.

Almeida (1996), ao discutir a questão do federalismo e políticas sociais, considera que vem-se delineando no Brasil, nas últimas duas décadas, um redesenho no seu sistema federativo, no sentido do fortalecimento da capacidade decisória das instâncias de governo subnacionais.

Para a autora, o federalismo caracteriza-se pela não-centralização, o que significa a existência de competências comuns entre as várias instâncias de governo, sendo que as relações intergovernamentais e as formas de interação estão baseadas na negociação. Muito embora ela considere que, em termos das relações intergovernamentais, o termo descentralização não seja muito preciso, citando Beer, ele *tem servido para nomear processos de realocação, de consolidação e de devolução de funções e recursos para instâncias subnacionais...* (Beer *apud* Almeida, 1996, p. 16)

A redefinição de competências e atribuições na área social seria parte de um fenômeno mais amplo de passagem de uma forma de federalismo centralizado, construída sob o regime autoritário, para alguma modalidade de um federalismo cooperativo. No primeiro caso são muito freqüentes os processos de consolidação, quando recursos centralizados são utilizados para financiar funções descentralizadas. No federalismo cooperativo, de um lado, poderia haver uma correspondência entre os recursos e funções “realocados” para as instâncias subnacionais, enquanto a devolução implicaria, de outro, uma redução da atividade de todas as esferas do governo, com as funções transferidas para a iniciativa privada. (Almeida, 1998)

Mello (1991) faz uma ampla revisão conceitual entre o que se deve considerar como funções próprias ou funções delegadas aos governos locais cujas funções são próprias quando não exercidas concorrentemente por órgão das esferas superiores de governo. Quanto maior o nível de descentralização, portanto, mais amplo é o elenco de funções próprias dos governos locais. Quanto à delegação de funções, o autor destaca o repasse de recursos

financeiros para os municípios, por exemplo, por ocasião da instalação do SUDS, enfatizando a dificuldade desta delegação, pois o SUDS apresentava os governos estaduais como intermediários desta transação. Refere ainda ser rara a experiência de delegação de função no Brasil, restringindo esta às Juntas de Serviço Militar e dos Tiros de Guerra.

Nesta caracterização podemos entender que a municipalização caracteriza a saúde como uma função própria dos governos locais, representando o alto grau de descentralização citado pelo autor. Esta relação entre municipalização e descentralização é bem discutida por Dallari (1992).

Segundo a autora, a Constituição Brasileira estabeleceu, sem deixar espaço para diferentes interpretações, que o sistema de saúde deve se organizar obedecendo à descentralização que caracteriza o Estado Brasileiro. Afirma que, sem dúvida, as normas sanitárias abrigadas na Constituição de 1988 adaptam-se perfeitamente à organização julgada ideal pelo Estado. Assim, uma estrutura federal que comporta três esferas autônomas de poder (Constituição Federal, Art. 1º) se coaduna logicamente com um sistema de saúde organizado descentralizadamente com direção única em cada esfera de governo. (C.F. Art. 198, I). Ainda para a autora, esta foi a grande vantagem da reforma sanitária brasileira em relação aos demais estados que a empreenderam hodiernamente: *a forma de Estado previamente definida já possuía órgãos com poder político que gozavam, portanto, não só de autonomia administrativa, financeira e legislativa como, inclusive, da capacidade de auto-organização - expressão máxima da autonomia política.* (Silva apud Almeida, 1996 p. 40)

Esse e outros argumentos levam a autora a ser categórica em afirmar que não há hipótese alguma - dentro dos limites postos pela Constituição - para engendrar qualquer oposição entre descentralização e municipalização, uma vez que esta é a expressão constitucional da mais ampla descentralização possível no Brasil. Conclui, neste mesmo sentido, que a descentralização do sistema sanitário, no Brasil, só admite a interpretação que a faz sinônimo de municipalização e que, portanto, qualquer proposta de criação de distritos sanitários ou de desconcentração para prestação de serviços poderá ser cogitada apenas quando respeitar a autonomia municipal.

Com relação à autonomia municipal, Mello (1994) considera que a descentralização deve ser vista sob dois aspectos: político e administrativo. A descentralização política envolve um grau de autonomia que faz de um ente descentralizado uma unidade de governo dentro do sistema governamental do país. Governos locais com

autonomia política, o que inclui o poder de escolher seus próprios governantes, para adotar suas próprias leis, para lançar e arrecadar seus próprios tributos e para **organizar sua própria administração**, são entidades descentralizadas naqueles países onde lhes são concedidos estes poderes.

A descentralização administrativa, por sua vez, significa desconcentração, ou seja, um certo grau de autonomia administrativa concedido a uma agência governamental pelo Governo da qual esta agência faz parte. O controle de agências desconcentradas é, portanto, usualmente muito maior do que o controle de instituições politicamente autônomas.

Ainda segundo Mello (1991), ao se discutir autonomia municipal, é muito comum falar-se em descentralização administrativa. A expressão, entretanto, pode levar a confusões, porque se trata, na verdade, de desconcentração e não de descentralização em seu conceito político-jurídico, que considera o verdadeiro.

Portanto, para o autor, a descentralização é um conceito eminentemente político, pois significa governo próprio para as entidades descentralizadas o que implica em autonomia, e não soberania, que é atributo exclusivo dos estados nacionais. O grau de descentralização pode variar dentro de um mesmo país. Nas federações, os entes federados dispõem de mais autonomia do que o nível ou os níveis inferiores - municípios, condados, distritos, comunas ou que outros nomes tenham os governos locais, ou mesmo as regiões onde existe esta esfera de governo, pois, entre suas competências, as entidades federadas dispõem não só de poder de autogoverno, como também de auto-organização. Governo próprio, como expressão da autonomia política, implica, por sua vez, a capacidade de os respectivos governos não apenas se auto-administrarem, mas também de se darem suas próprias leis dentro, naturalmente, de limites estabelecidos pela Constituição do país ou por outras leis nela baseadas. (Mello, 1991)

Motta (1994) discute a participação e a descentralização como duas formas de redistribuição de recursos de poder. A primeira advinda da base da sociedade, a exemplo dos fóruns populares e a segunda programada por leis, a exemplo do SUDS.

Quanto à descentralização considera que, na perspectiva administrativa, os conceitos jurídicos de descentralização e desconcentração se confundem na mesma idéia de transferência de poder, autoridade e responsabilidade antes restritos a instâncias administrativas superiores.

Baseado nestes princípios político-jurídicos, é possível o entendimento sobre a

possibilidade de os municípios brasileiros desenvolverem ações de saúde em épocas mais recentes, o que significa que os municípios poderiam, na sua capacidade de se auto-administrar, exercer atividades ou ter atribuições no setor, concorrendo com as demais esferas superiores de governo.

Isto que aparentemente seria o óbvio, não correspondeu a nossa realidade. Citamos, como exemplo, o confronto entre a Autarquia e a Sub-delegacia Regional do Trabalho em Londrina, onde, para este último a competência para as ações em Saúde do Trabalhador é de âmbito federal, não podendo portanto ocorrer a transferência deste poder ao Município, apesar dos dispositivos legais existentes. (Brasil. Leis, decretos, etc. 1997a)

Porém, a conclusão hoje concebida é de que, na descentralização, no âmbito jurídico ou mesmo sob a perspectiva administrativa, respeitando-se ambas as concepções - ser considerada como uma desconcentração ou como uma descentralização administrativa - no processo de democratização da sociedade brasileira, **o Estado possibilita aos municípios o acesso a recursos para a estruturação de seus serviços.**

Por sua vez o governo municipal em sua administração pode funcionar de forma centralizada ou descentralizada. No primeiro caso, temos a chamada administração direta e, no segundo, as administrações indiretas, correspondendo às tradicionais secretarias e autarquias municipais de saúde, respectivamente. As autarquias exercem as atribuições inerentes ao Estado mas gozam de relativa autonomia, seja na contratação de pessoal ou seja na execução de licitações e outros, independentemente do executivo municipal. Esta seria uma descentralização por outorga ou institucional, na qual o Estado cria uma entidade (nova forma jurídica) e a ela transfere a titularidade de uma atividade administrativa. (Souto, 1993)

Isso significa que a descentralização para os municípios, no caso da municipalização dos serviços de saúde, pode manter-se centralizada ou descentralizada em nível local, na dependência da vontade política do governante municipal. Estas opções decorrem do poder formal e legal das administrações. Contudo, parece-nos ainda mais importante a descentralização decorrente do poder hierárquico, ou seja, a que ocorre dentro da própria estrutura administrativa, sem criação de pessoa jurídica, objetivando o descongestionamento das funções entre os órgãos, o que o mesmo autor considera como uma desconcentração.

Este binômio centralização/descentralização nestes termos é que permitiria, a nosso ver, uma maior ou menor flexibilização na organização para que ela pudesse obter os

resultados esperados na diretriz de mudança de modelo assistencial.

Para tanto consideramos necessário, como primeiro passo, o entendimento das atribuições a cargo do Município no setor saúde, durante as quase três últimas décadas, entendimento que culmina, nos meados da década de 90, com a descentralização consubstanciada na municipalização da saúde do Município.

### **O progressivo aumento das atribuições do governo local**

Em 1970 ocorre a implantação do Pronto Socorro Municipal. De acordo com Canesin [*apud* Almeida (1979)], eram oferecidos serviços médicos de urgência em regime ambulatorial, contando-se com alguns leitos para observação em dependência dos hospitais privados da cidade, para encaminhar os casos de internação. Esse aspecto limitava, já no primeiro ano de funcionamento do Pronto Socorro, sua capacidade e qualidade de atendimento, pois nem sempre havia facilidade para hospitalização ou mesmo para um atendimento ambulatorial mais especializado.

Outras atividades então desenvolvidas pelo Município diziam respeito à atuação dos agentes de saúde em saneamento domiciliar e educação sanitária, que procuravam fiscalizar o cumprimento das determinações do Código de Postura do Município. A limpeza pública, que era também da responsabilidade do setor saúde, passa a ser atribuição da nova Secretaria de Serviços Públicos, através de departamento específico.

Em 1972 foi firmado um convênio entre Prefeitura e Universidade, para a operação do Pronto Socorro e, como consequência, seus serviços passaram a ser prestados pelo pessoal do Pronto Socorro do Hospital Universitário, enquanto a municipalidade comprometia-se a transferir, sob a forma de subvenção, uma quantia fixa, anualmente. (Almeida, 1979). Configura-se, desta forma, uma separação entre o provedor e o financiador do serviço.

No ano seguinte é firmado outro convênio entre a Prefeitura e a Universidade. O convênio estabelece que às populações de baixo poder aquisitivo, como as da periferia da cidade e zona rural, é prioritária a prestação de um tipo de **assistência médica global, tanto curativa como preventiva** (Londrina, 1973, p.3) (grifo nosso). Ficam estabelecidos, no chamado Plano Integrado de Saúde Coletiva, como metas prioritárias os Programas de

Vacinação, de Nutrição, de Higiene Domiciliar, de Assistência e Orientação Pré-Natal, atividades educativas em saúde infantil, além de ambulatório médico, ambulatório odontopediátrico, internações para parto e internações para hidratação infantil.

Essas atividades seriam desenvolvidas pela Universidade, destacando-se que no referido Plano Integrado de Saúde Coletiva estava prevista a extensão das atividades para outras áreas da periferia da cidade e outros distritos da zona rural.

A participação do Município se dá mais uma vez como financiador, agora na ajuda financeira para a instalação e recursos para pagamento de pessoal auxiliar, medicamentos, entre outros.

Em 1975, o Município também participa de grupo interinstitucional, para discussão e elaboração de um Projeto, com consultoria da OPS para Programas Materno-Infantis e da Fundação Kellogg que o amplia para a Saúde Familiar. O resultado do trabalho permite que seja instituído o Programa Comunitário de Atenção à Saúde Familiar, para os anos 1975/76, através do qual são alocados recursos financeiros à Universidade, para que a mesma amplie o número de postos periféricos e dê ênfase ao Atendimento Materno-Infantil e à Saúde Familiar.

Verifica-se que, muito embora tenha sido um período em que ocorre o início da implantação de serviços básicos de saúde em Londrina, o desenvolvimento de ações e experimentações no setor fica por conta da Universidade, situação esta que vai permanecer até a próxima gestão municipal.

O período de 1977-82 marca o início da estruturação da rede básica, cujo desenvolvimento é marcante na história dos serviços de saúde no Município. Verifica-se nesta gestão municipal, uma intencionalidade *na prestação de serviços através de hospital comunitário municipal e da rede hospitalar e ambulatorial privada*. Seria, portanto, ainda de sua incumbência, *a prestação de serviços médicos individualizada, compreendendo as áreas de pediatria, obstetrícia, clínica e cirurgia geral, ressalvadas as áreas de especialização*, o que não se concretizou. (Londrina, 1977)

Porém, nesta fase, já nos primeiros três anos de administração são criados 11 postos de saúde<sup>4</sup>, chegando ao final do período com 15 postos de saúde, sendo 10 na zona urbana e 5 na zona rural. Destaca-se que, para iniciar a implantação da rede, o Município

---

<sup>4</sup> Na Atenção Primária à Saúde utilizavam-se nomes como unidades periféricas ou postos de saúde ao que hoje se denomina como unidades básicas de saúde.



exerce a capacitação dos profissionais - atendentes de saúde - inicialmente em parceria com a Universidade, passando a seguir a ser de sua competência.

No período de 1983 a 1988, pôde-se verificar o aumento progressivo dos postos de saúde periféricos. O empenho por esse aumento estava de acordo com a estratégia das AIS de descentralizar, regionalizar e integrar os serviços de saúde. A descentralização visava integrar na região o grosso dos atendimentos médicos, até então a cargo do INAMPS, na Atenção Primária à Saúde. (Fonseca, 1983)

Em Londrina, no período, havia também uma preocupação na melhoria da qualidade do atendimento com a realização de várias atividades para melhorar a formação dos profissionais da rede, bem como a reforma e a construção de unidades com padrão arquitetônico e com equipamentos mais sofisticados.

Nesta etapa foram implantados 16 novos postos de saúde, sendo 12 na zona urbana e 4 na zona rural. Portanto, até o final de 1988, a Autarquia administrava 40 postos de saúde, 27 na zona urbana e 13 na zona rural. (Tabela 14)

Tabela 14 - Evolução do número de postos de saúde em Londrina, 1978-1988.

<b>Ano</b>	<b>Nº Postos de Saúde do Município</b>
1978	6
1980	13
1983	16
1985	25
1988	40

*Fonte: Londrina, 1997a*

Destaca-se, nesse período, que o Município se credencia junto ao governo federal, na busca de recursos financeiros através da implantação das AIS. Isto tornou possível a expansão da rede.

Quanto aos estabelecimentos públicos de saúde na gestão de 1988-92, ocorre uma transformação na estrutura da rede assistencial. Alguns postos de saúde são desativados e

substituídos pela construção de centros de saúde, outros são ampliados. Com uma área média de 240m<sup>2</sup>, 3 centros de saúde oferecem consultas médicas em esquema de plantões de 24 horas enquanto outros 12 passam a prestar atendimento médico durante 12 horas por dia. Até o final do período a rede está composta por 45 unidades periféricas.

Verifica-se, em todos os períodos comentados, a pequena participação do Poder Municipal na definição de uma política de saúde. Ou seja, o cenário em que se desenvolviam as ações de saúde no Município, até então, tiveram por um lado as iniciativas de implantação de uma rede assistencial ambulatorial e, por outro, a estruturação do atendimento hospitalar marcadas fundamentalmente pelas determinações do Governo Federal através do INAMPS.

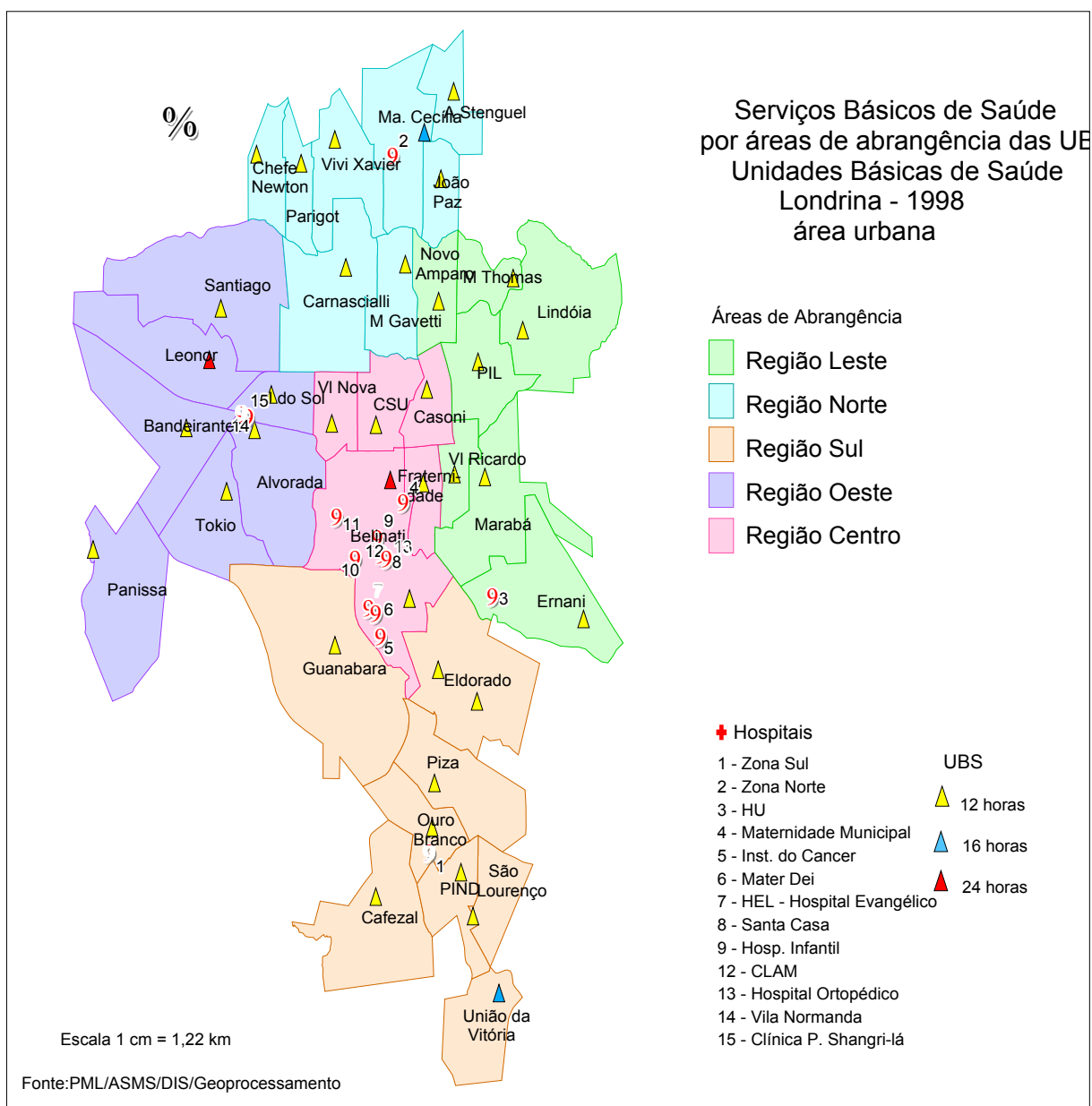
Quanto à participação do Governo Estadual em Londrina, ela se dá na implantação e na administração de dois hospitais localizados na região norte e sul do Município. Mesmo com a implantação do SUDS, o Governo Estadual não descentraliza o planejamento das ações de saúde, permanecendo o Município sem qualquer controle sobre as atividades desenvolvidas nos níveis secundário e terciário, cujas decisões se davam à sua revelia.

Se as Ações Integradas de Saúde representaram uma oportunidade de integração entre os vários gestores de sistema, através da configuração das comissões interinstitucionais de saúde, o âmbito de suas discussões se circunscrevia também ao atendimento ambulatorial, particularmente nas relações com os médicos credenciados pelo INAMPS e, embora possam ser consideradas importantes no processo, foram igualmente tímidas, no sentido de permitir uma atuação do Município na gestão de todos os serviços oferecidos à população.

Finalmente, o que caracteriza o período de 1993 a 1996, comparado com os anteriores não é o aumento das atribuições do Município pelo aumento da rede básica de saúde, mas o aumento das atribuições decorrentes da consolidação do processo de municipalização através da gestão semiplena.

Quanto à rede básica, embora tenha crescido, esse crescimento foi proporcionalmente bem menor quando comparado ao dos períodos anteriores. Observa-se a tendência à ampliação da estrutura física das unidades e o aumento da capacidade e especialização no atendimento. Mesmo assim, o setor saúde se estrutura com significativa rede de postos de saúde situados nos bairros periféricos da cidade e na zona rural. (Figura 4)

Figura 4 - Localização dos serviços de saúde na área urbana de Londrina, 1996.



Fonte: Londrina, 1996

Destaca-se, ainda nesse período, a transferência de 4 postos, mantidos até então pela UEL, para a administração municipal e a implantação, de atendimento médico-hospitalar com a inauguração da Maternidade Municipal Lucila Balallai (MMLB).

Quanto à municipalização da saúde, que caracteriza o período, Londrina foi um dos primeiros municípios do país e o primeiro município do Paraná a garantir a municipalização dos serviços de saúde, atendendo às determinações do Ministério da Saúde.

O Município assume a chamada gestão semiplena em dezembro de 1995 (Portaria nº 155 da Secretaria de Assistência à Saúde/MS). No Paraná, somente dois outros municípios tiveram sua homologação para a gestão semiplena: Curitiba em fevereiro de 1996 e Pato Branco em maio do mesmo ano. Como pré-requisito o Ministério exigia o cumprimento ou o preenchimento de todas as exigências estipuladas pela NOB-93, editada pela Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993, publicada no Diário Oficial da União de 24 de maio de 1993, o que significou, sem dúvida, esforços por parte do Município que pleiteava tal situação.

Assumir a gestão semiplena nesse contexto significa, para nós, a possibilidade de o Município planejar e organizar seus serviços, adquirindo a titularidade e a responsabilidade de gerir todo o sistema.

A análise da exposição de motivos encaminhada pelo poder executivo ao presidente da Câmara, em junho de 1995, visando a aprovação do projeto de Lei para alteração ou reorientação da estrutura administrativa da Autarquia, ratifica nossas considerações. Nela, o Executivo considera que as atribuições para o desempenho de ações assistenciais na área básica, observadas até o final de 80, modificam-se tornando o Município responsável pela execução e controle da totalidade das ações básicas de saúde, pelas ações de vigilância sanitária, além das ações de programação e controle dos serviços ambulatoriais e hospitalares. (Londrina, 1995)

Pode-se entender, por exemplo, como atribuição do Município, a estruturação de um sistema de informações, particularmente após as AIS, cuja função precípua era coletar dados de produção (consultas, vacinas, etc), para ressarcimento das verbas pelos atendimentos prestados. No período agora em estudo, o Município procura ampliar significativamente seu sistema de informação no sentido de *compilar dados, elaborar e analisar relatórios de informações referentes à saúde do Município como um todo e, também de forma desagregada; digitalizar e manter atualizado as Bases Cartográficas do Município; desenvolver e sistematizar e manter atualizado as bases de dados referentes ao geoprocessamento* (Londrina, 1995a, p.20), entre outros.

## CAPÍTULO 3 - RESULTADOS DA DESCENTRALIZAÇÃO

O aumento das atribuições por parte do Governo Municipal observado ao longo dos anos e a nova perspectiva de mudança de modelo assistencial tiveram repercussões ou resultados substanciais no setor saúde, em vários aspectos.

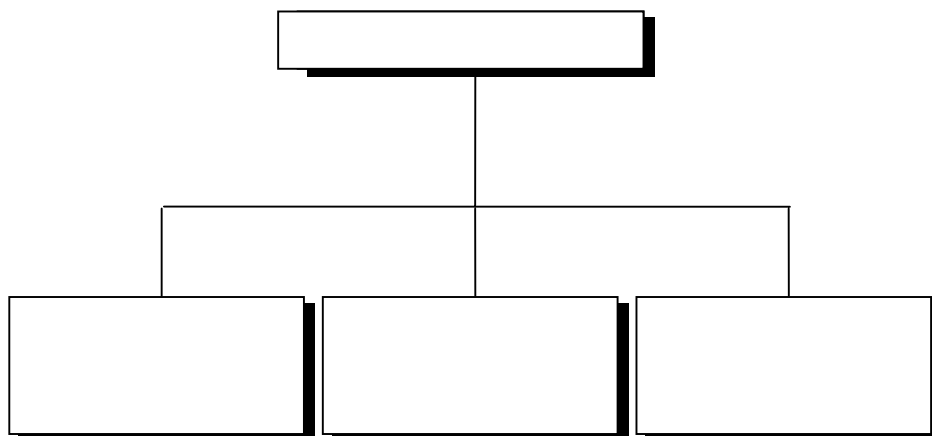
Qualificamos tais resultados como referentes às transformações observadas no desenho organizacional no setor, na sua força de trabalho e nos recursos financeiros disponíveis, bem como nos mecanismos de controle social do sistema.

Tais resultados deverão ser considerados como substratos sobre os quais outras medidas visando a transformação de um novo modelo assistencial, tratadas na Parte II, deverão ser formatadas e consideradas para efeito da discussão por nós pretendida, quanto ao processo em estudo.

### O aumento da complexidade do desenho organizacional

O período de 1969-72 marca o início da organização de serviços de saúde pela Prefeitura. Ela ocorre no final de década de 60, com a criação da Secretaria de Bem-Estar Social pela Lei nº 1.578/69 (Londrina, 1969) e, pela criação do Serviço Municipal de Pronto Socorro através da Lei nº 1.639/70 (Londrina. Leis, decretos, etc, 1970). A Secretaria foi estruturada nos Departamentos de Medicina Preventiva, de Saneamento e Limpeza e de Serviço Social. O cargo de diretor médico era o nível de Secretário Municipal. (Figura 5 e 6)

Figura 5 - Organograma da Secretaria de Bem-Estar Social de Londrina, 1969.



Fonte: Londrina, 1997a

Figura 6 - Organograma do Serviço Municipal de Pronto Socorro de Londrina, 1970.



Fonte: Londrina, 1997a

Nota: O cargo de Diretor Médico era em nível de Secretário Municipal

A Secretaria de Bem-Estar Social funcionava em regime de administração direta enquanto o Serviço Municipal de Pronto Socorro sob a forma de entidade autárquica.

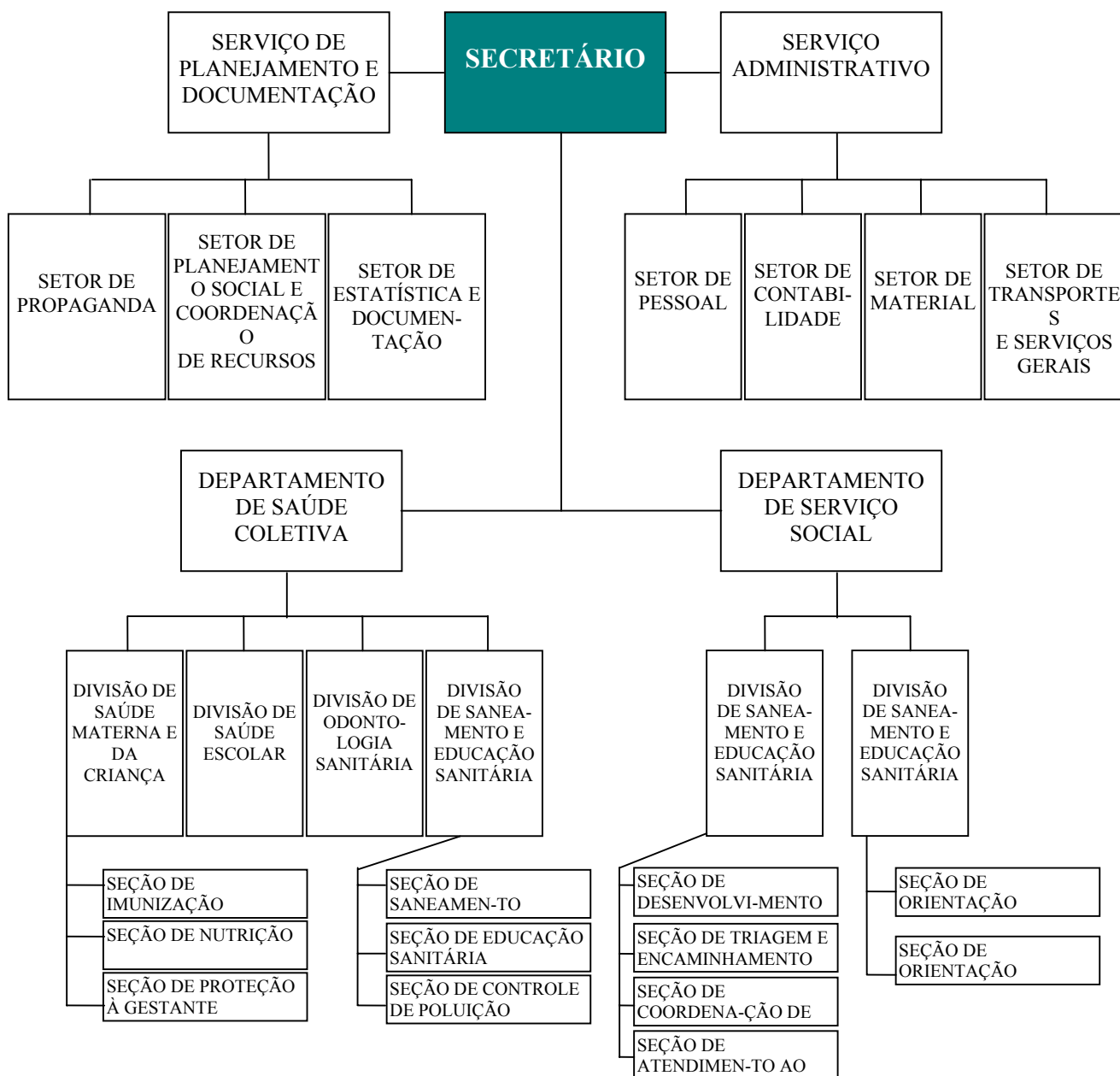
O período de 1973-76 foi marcado pela reestruturação da administração municipal, passando a Secretaria de Bem-Estar Social a denominar-se Secretaria de Saúde e Promoção Social, pela Lei nº 2.297/73 (Londrina, 1973). Além da estruturação de dois serviços - de Planejamento e Documentação e Administrativo - os departamentos de Saúde Coletiva e de Serviço Social se reestruturam em divisões e seções. Quanto ao Departamento de Saúde Coletiva vale a pena destacar as divisões de Saúde Materna e da Criança, de Saúde Escolar, de Odontologia Sanitária e de Saneamento e Educação Sanitária.

Como já vimos, a limpeza pública passa a ser atribuição da nova Secretaria de Serviços Públicos, através de departamento específico.

Esta é considerada como a primeira reforma administrativa da Secretaria de Saúde que passa a ser designada como Secretaria de Saúde e Promoção Social. Observa-se que a estrutura organizacional está de acordo com a regras da administração pública, que é dividida em serviços, departamentos e divisões. (Figura 7)

Também nesta etapa deu-se a **primeira reforma administrativa da Autarquia** - Lei nº 2.811/77 (Londrina. Leis, decretos, etc, 1977) - em que a referida Autarquia do Serviço Municipal de Pronto Socorro, criada em 1970, passa a ser denominada de Serviço Municipal de Saúde, e **a figura do Diretor Superintendente era a de Secretário Municipal**. Esta reorientação permitia ao Município iniciar a estruturação de sua rede de atenção básica. A idéia era que o Serviço Municipal de Saúde assumisse os dois postos de saúde administrados pela UEL, bem como implantasse a atenção hospitalar pelo município.

Figura 7 - Organograma da Secretaria de Saúde e Promoção Social de Londrina, 1973.

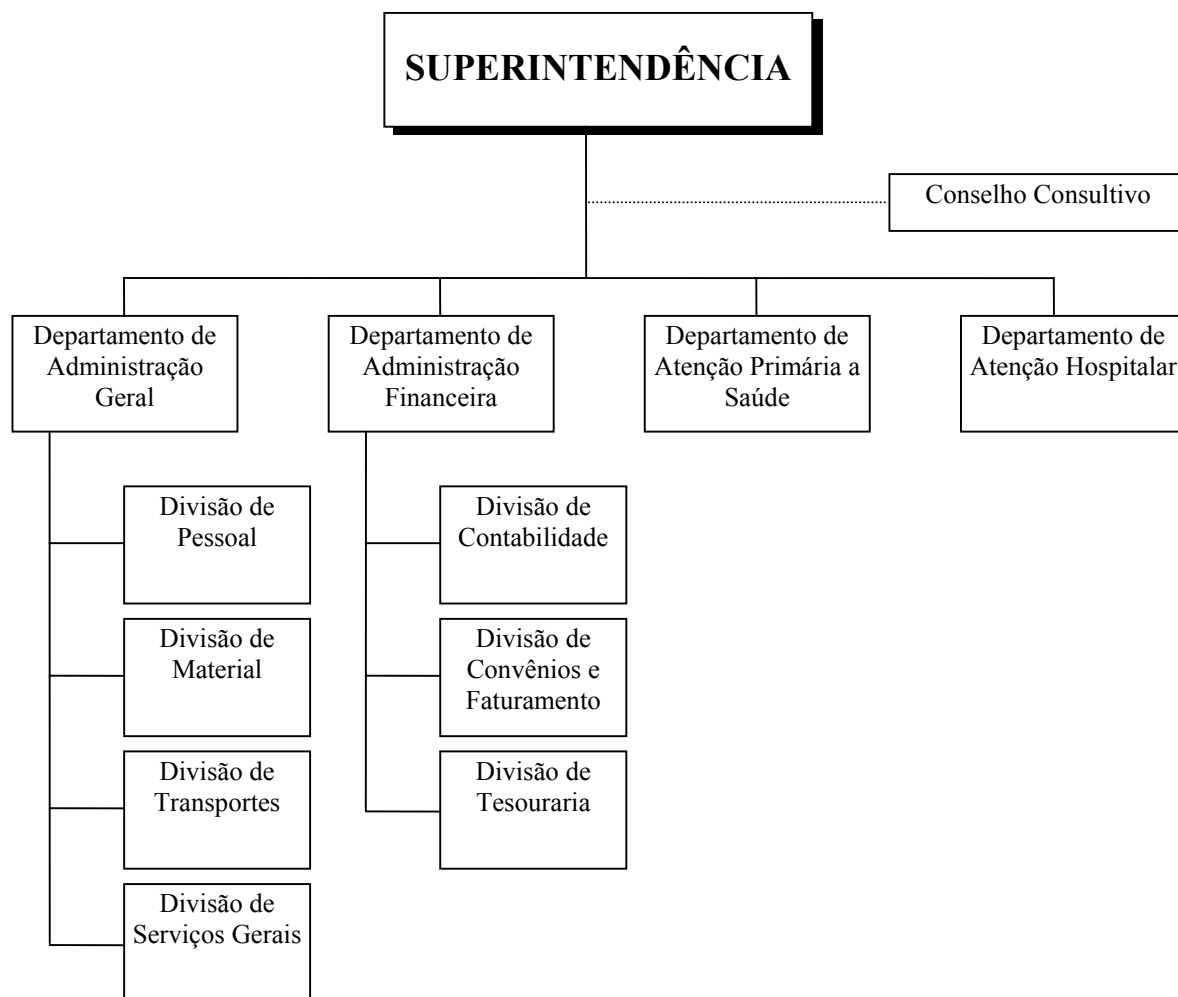


Fonte: Londrina, 1997a

A regulamentação ocorreu em 1978, pelo Decreto 399/78 (Londrina, 1978), com a estruturação de quatro departamentos: de Administração Geral, de Administração Financeira, de Atenção Primária à Saúde e de Atenção Hospitalar. (Figura 8)

Com esta reformulação o Serviço passou a ter uma maior agilidade administrativa, aumentando a capacidade de captação de recursos para a Prefeitura, a exemplo de convênio com o INAMPS em 23/10/78. (Almeida, 1979 p. 59)

Figura 8 - Organograma do Serviço Municipal de Saúde de Londrina, 1978.



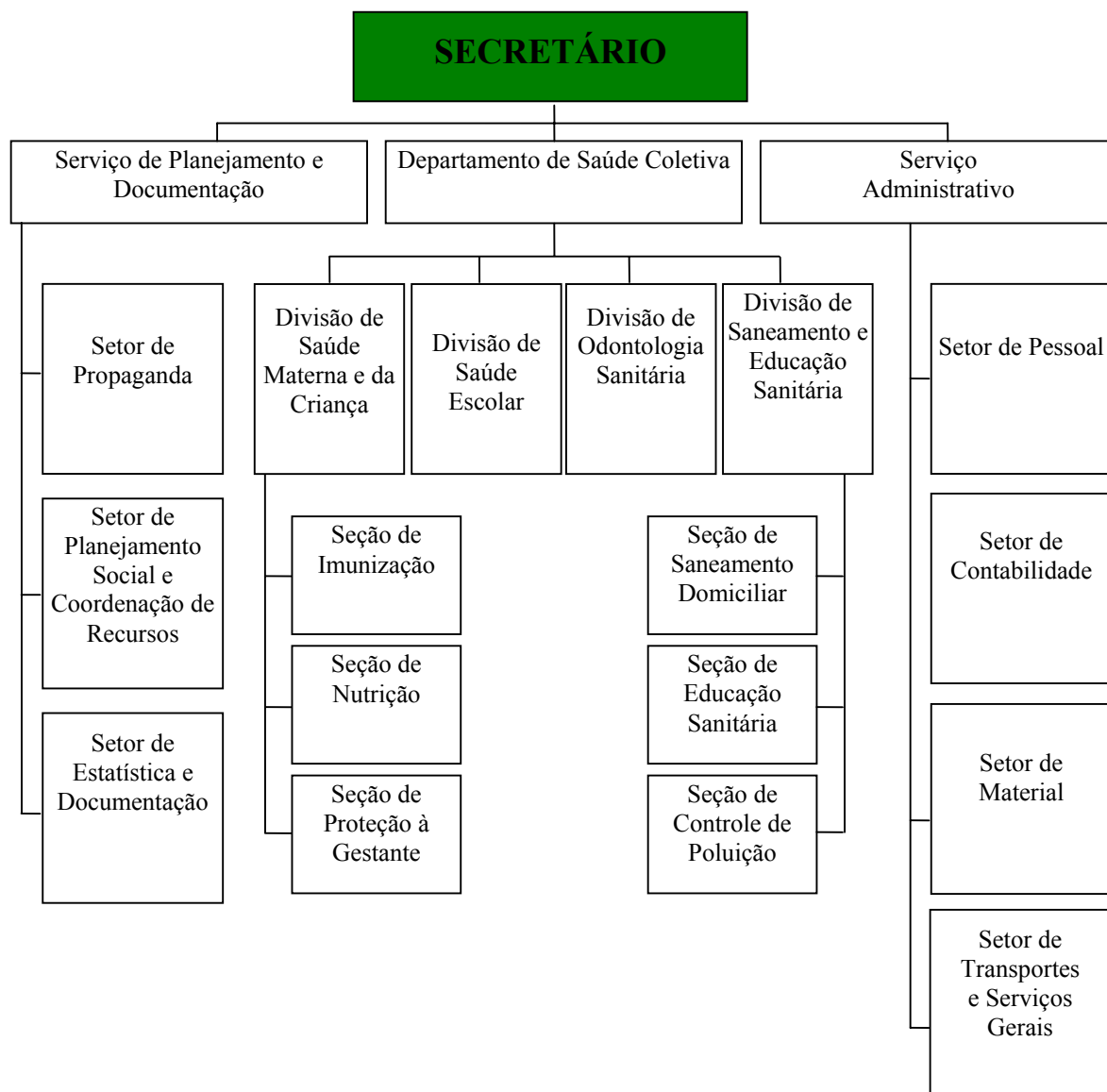
Fonte: Londrina. 1997a

Pela mesma Lei 2.811/77, a Secretaria de Saúde e Promoção Social passa a ser denominada Secretaria de Saúde Coletiva e Promoção Social. Nenhuma reforma administrativa será realizada até 1995, embora se tenha uma ampliação significativa dos postos de saúde, como já descrevemos.

Em 1991, através da Lei 4.910/91, é criada a Secretaria de Ação Social e as atividades inerentes ao Serviço Social deixam de ser atribuição do setor saúde do Município. Esta é considerada a **segunda reforma administrativa**. São mantidos os mesmos departamentos, divisões e seções. (Figura 9)



Figura 9 - Organograma da Secretaria de Saúde de Londrina, 1991.



Fonte: Londrina, 1997a.

A perspectiva da municipalização coloca para os gestores um outro desafio ou, mais propriamente, a oportunidade de reformulação da Secretaria no aspecto organizacional, dadas às necessidades em curso, nas quais deverão ser assumidas outras atividades/responsabilidades até então não realizadas pelos municípios.

Em Londrina, a Lei nº 6.236 (Londrina, 1995b) promove a **segunda reforma administrativa da Autarquia** ao mesmo tempo que **extingue a Secretaria de Saúde**. Assim, pela primeira vez, a administração pública no Município perde sua configuração dupla, ou

seja, a concomitância de um órgão regido por administração direta e outro em regime autárquico.

Em termos da reforma administrativa verifica-se a estruturação da Autarquia em dois grandes departamentos. O Departamento de Unidades Básicas de Saúde, de certa forma já contemplada nas outras reformas, porém, criando divisões regionais e o Departamento de Informações com a Divisão de Epidemiologia setorizada em um Núcleo de Processamento e Análise de Dados e os Núcleos de Informação em Mortalidade, Morbidade e de Imunização e a Divisão de Ação sobre o Meio setorizada em Alimentos, Serviços e Produtos, Zoonoses e Saneamento. (Figura 10)

Conforme documento da Prefeitura, na reestruturação administrativa, a Autarquia adotaria uma estrutura matricial em que seria conferida uma autonomia financeira para as unidades operacionais - unidades básicas de saúde - e hospital-maternidade, consideradas como departamentos fins. Essas teriam ligação direta com os departamentos de apoio ou administrativos para o desenvolvimento de suas atividades rotineiras. A estrutura matricial e a diminuição de níveis intermediários de tomada de decisão, tinha como objetivo a agilização e racionalização nos processos e fluxos administrativos. (Londrina, 1995)

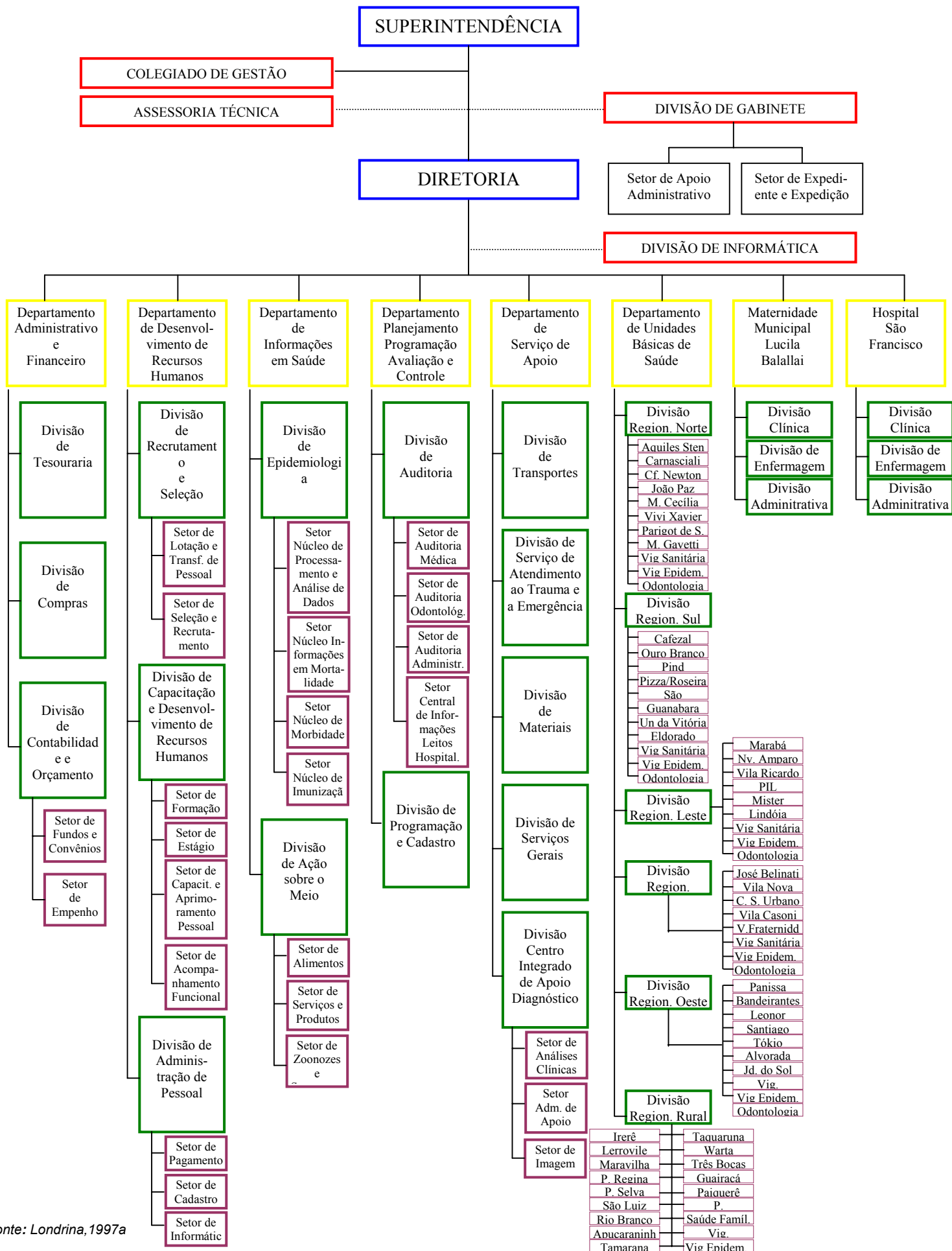
Outro aspecto considerado importante pela administração foi a implantação de um sistema de gestão colegiada, com a participação dos membros que detinham cargos de direção nos vários departamentos, que se reuniam, semanalmente, discutindo as questões de interesse do setor saúde, estratégias, diretrizes, fazendo avaliações. (Entrevista 1)

Pôde-se constatar, portanto, que o Município, desde o início, desempenha suas funções utilizando-se de duas formas de administração: direta e indireta (ou autárquica). A Lei 6.236 (Londrina, 1995), com a extinção da Secretaria de Saúde, corresponde a uma opção do executivo em trabalhar unicamente sob o regime de autarquia, coerente, a nosso ver, com o conceito de descentralização jurídico-político adotado.

E, neste momento de reorientação da estrutura organizacional, os pressupostos que embasam a reforma são entendidos como:

1. *mudança no modelo assistencial, com a incorporação do conceito ampliado de vigilância à saúde, com ênfase à prevenção das doenças e agravos;*
2. *qualidade e humanização dos serviços;*

Figura 10 - Organograma da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina, 1995.



Fonte: Londrina, 1997a

3. *descentralização das ações, democratizando as tomadas de decisão;*
4. *participação comunitária através do estímulo à criação ao desenvolvimento dos conselhos locais e regionais de saúde;*
5. *racionalização e agilização das ações através do estabelecimento de fluxos administrativos mais modernos, diminuindo o número de níveis intermediários de tomada de decisão (horizontalização da estrutura);*
6. *estabelecimento de mecanismos que estimulem a participação dos servidores nas atividades gerenciais;* (Londrina, 1995)

Em função da expansão na área da saúde (de serviços, de programas, de transferências de responsabilidades da União/Estado para o Município, do processo de municipalização, da implantação da gestão semiplena, entre outras, foram criados 90 cargos de chefia - função gratificada - entre 1990 e 1996. (Londrina, 1997a)

Para a nova gestão, iniciada em janeiro de 1997, outro projeto de reforma administrativa é realizado. Para o setor saúde ocorre a recriação da Secretaria da Saúde e uma nova estruturação organizacional para a Autarquia.

## **Os recursos humanos**

Como já dissemos, é na década de 80 que ocorre a maior expansão dos postos de saúde periféricos no Município. Se na primeira fase de implantação da rede observa-se um número de 73 servidores, no período de 1983 a 1988, em função do aumento do número de postos de saúde, há um incremento de 343%, passando o quadro a ficar com 268 servidores. Novo aumento ocorre no período de 1989 a 1992, no qual se verifica uma expansão de 405,6%, totalizando 1087 servidores na rede. (Tabela 15). Esse aumento não se deu somente pela expansão da rede, mas, sobretudo, pela ampliação da estrutura física das unidades e do aumento no horário de atendimento médico.

Com a perspectiva da municipalização em que novas atribuições ficariam a cargo da Autarquia, havia a necessidade de novos profissionais em seus quadros. A oportunidade para ampliação do número de servidores encontra, por um lado, limites legais impostos pela legislação federal e, por outro, um limite político, no qual, o Prefeito não tinha a maioria dos vereadores na Câmara para aprovação de lei com esta finalidade.

Tabela 15 - Servidores admitidos e demitidos pela Autarquia dos Serviços Municipais de Saúde de Londrina, 1966-1992.

ANO	ADMISSÕES	DEMISSÕES	SUB-TOTAL	TOTAL
1966	1	---	1	1
1974	1	---	1	2
1975	1	---	1	3
1976	1	---	1	4
1978	8	---	8	12
1979	18	---	18	30
1980	10	---	10	40
1981	14	---	14	54
1982	19	---	19	73
1983	5	---	5	78
1984	10	---	10	88
1985	34	---	34	122
1986	71	15	56	178
1987	67	27	40	218
1988	67	17	50	268
1989	74	36	38	306
1990	268	46	222	528
1991	42	25	17	545
1992	577	35	542	1.087

Fonte: Londrina, 1997b

Apesar disso, o esforço empreendido pelo executivo, como já vimos, foi exitoso em termos da aprovação para a contratação de novos profissionais, verificando-se um aumento de cerca de 40%, quando comparados aos dados de 1992 com o ano de 1996, passando de 1087 a 1537 os servidores da Autarquia. (Tabela 16)

Tabela 16 - Distribuição dos servidores admitidos e demitidos pela Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina, 1992-96.

ANO	ADMISSÕES	DEMISSÕES	SUB-TOTAL	TOTAL
1992	577	35	542	1087
1993	128	84	44	1131
1994	245	79	166	1297
1995	524	306	218	1515
1996	204	182	22	1537

Fonte: Londrina, 1997b

Embora a gestão semiplena tenha sido instituída somente no final de 1995, observa-se que as negociações, em termos de recursos humanos, avançavam tanto no legislativo, quanto junto à Secretaria de Estado da Saúde. Em 1995 havia 79 servidores estaduais e federais, estaduais em grande maioria, à disposição da Autarquia. Até outubro de 1997, foram “municipalizados” mais 83 servidores estaduais no processo de negociação, particularmente lotados nos setores de vigilância sanitária e epidemiológica. (Tabela 17)

Tabela 17 - Funcionários contratados pela União e Estado e colocados à disposição para a Secretaria de Saúde e/ou Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina, 1969-1997.

Nº FUNCIONÁRIOS				
ANO	Secretaria	Autarquia	Total Próprios	Total Municipalizados
1969	04	00	04	-----
1970	21	01	22	-----
1973	78	01	79	-----
1977	110	04	114	-----
1978	102	18	220	-----
1991	345	545	890	-----
1995	124	1515	1639	79
1996	123	1537	1660	115
1997		1522*	1522	162

Fonte: Londrina. 1997b

\*até o mês de outubro

## Os recursos financeiros

É bastante significativo o gasto em saúde no Município de Londrina, quando comparado às despesas orçamentárias do Município.

A participação dos gastos em saúde no orçamento municipal teve um incremento significativo com a implantação das Ações Integradas de Saúde. Para Belinati (1994), esta participação teve um aumento moderado até 1988, acentuando-se a partir daí, passando de 9,61% em 1988, para 23,91% em 1992. (Tabela 18).

Ainda segundo Belinati, a participação percentual do Governo Federal no ressarcimento dos gastos da rede básica de saúde da Prefeitura Municipal, com relação às

despesas da Autarquia, apresentou um crescimento contínuo desde a implantação das AIS, chegando a ser de 61,2%, em 1987, passando a ter queda gradativa e constante, chegando em 1988 a 39% e em 1992 a 22,6%. Por outro lado considera que justamente os anos de 1990 a 92, correspondem aos exercícios em que ocorreram as maiores expansões dos serviços municipais de saúde. Observa ainda que *a participação do Governo Federal com as despesas foi maior nos primeiros anos de implantação das AIS e SUDS, diminuindo progressivamente à medida em que o Município aumenta os seus gastos com a saúde.* (Belinati, 1994, p. 107) (Tabela 19)

Tabela 18 - Evolução das despesas orçamentárias do Município de Londrina. Comparação das despesas orçamentárias da Prefeitura Municipal com as despesas da Secretaria Municipal de Saúde, Autarquia do Serviço Municipal de Saúde e transferências da União. Londrina, 1983-1992.

ANO	Despesas Orçamentárias da Prefeitura Municipal de Londrina	Despesas com a Secretaria Municipal de Saúde	Despesas com a Autarquia Municipal de Saúde	Transferência da União	Total das despesas com a Saúde	Participação percentual da saúde com relação à Prefeitura Municipal
1983	14.261.890,57	243.418,28	253.588,87	1.163,62	498.170,77	3,49
1984	24.340.597,33	535.284,61	267.258,68	3.976,86	806.520,15	3,31
1985	20.382.695,95	531.614,60	415.067,27	142.819,92	1.089.501,79	5,34
1986	26.691.815,37	940.239,12	835.480,80	495.779,31	2.271.499,23	8,51
1987	31.973.868,71	1.294.267,40	1.018.486,61	623.794,54	2.936.548,55	9,18
1988	45.339.819,49	2.169.939,75	1.572.736,07	612.784,79	4.355.460,61	<b>9,61</b>
1989	49.722.468,98	2.944.699,72	2.336.701,34	747.973,51	6.029.374,57	12,13
1990	65.546.065,33	5.041.258,63	4.374.760,96	695.433,66	10.111.453,25	15,43
1991	66.363.265,09	6.869.400,26	4.175.198,98	1.861.834,37	12.906.433,61	19,45
1992	<b>72.369.123,83</b>	10.316.493,00	5.698.804,99	<b>1.289.142,70</b>	<b>17.304.440,82</b>	<b>23,91</b>

Fonte: Belinati, 1994

Nota: valores em dólar

Tabela 19 - Participação percentual do Governo Federal no ressarcimento dos gastos da rede básica de saúde da Prefeitura Municipal de Londrina, 1983-1992.

Ano	(A) Despesas do Município com Saúde	(B) Despesas da Autarquia Municipal de Saúde	(C) Ressarcimento financeiro dos gastos da ASMS	Razão C/A (%)	Razão C/B (%)
1983	498.170,77	253.588,87	1.163,62	0,234	0,460
1984	806.520,15	267.258,68	3.976,86	0,493	1,488
1985	1.089.501,79	415.067,27	142.819,92	13,108	34,409
1986	2.271.499,23	835.480,80	495.779,31	21,826	59,341
1987	2.936.548,55	1.018.486,61	623.794,54	21,242	<b>61,247</b>
1988	4.355.460,61	1.572.736,07	612.784,79	14,069	<b>38,963</b>
1989	6.029.374,57	2.336.701,34	747.973,51	12,405	32,009
1990	10.111.453,25	4.374.760,96	695.433,66	6,880	15,896
1991	12.906.433,61	4.175.198,98	1.861.834,37	14,430	44,592
1992	17.304.440,82	5.698.804,99	1.289.142,70	7,450	<b>22,621</b>

Fonte: Belinati, 1994

Nota: valores em dólar

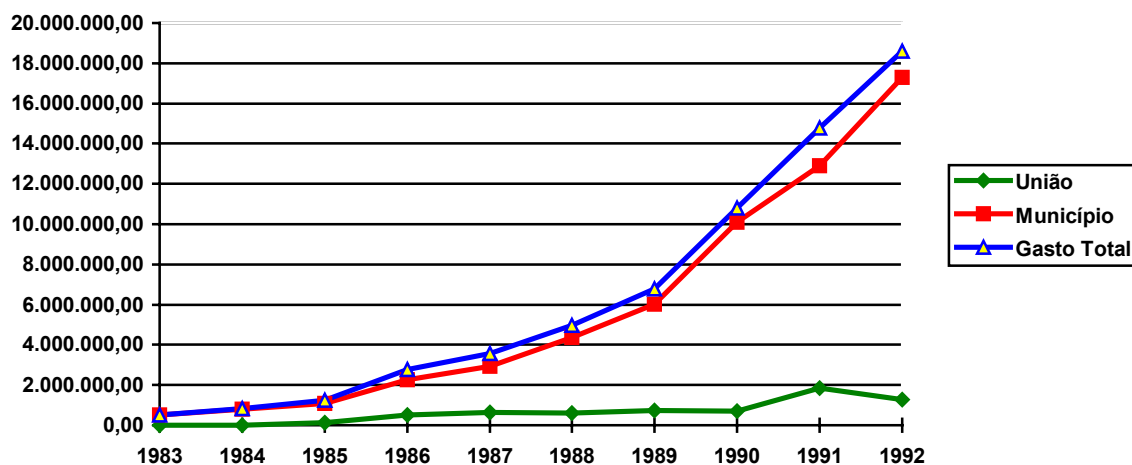
Duas observações devem ser feitas com relação a esses dados. A primeira delas refere-se aos percentuais referidos pelo autor e a segunda com referência à participação da União.

Quanto à primeira, somente em 1991 é criada a Secretaria de Ações Sociais deixando a assistência social de ser atribuição da Autarquia e os seus gastos devem ser considerados na análise. Nessa gestão de 1988 a 1992 ocorrem gastos significativos na área social para a construção de uma creche, a chamada “Cidade da Criança”, em imóvel localizado no centro da cidade, entre outras. Além disso, embora pertencente à área da saúde, é neste momento em que há um investimento grande na construção da Maternidade Municipal que vai iniciar seu funcionamento em 1993. Portanto, nessa e em todas as demais análises, o autor considera “Despesas do Município com a Saúde”, os gastos da Secretaria e da Autarquia **(aí incluído o setor do Serviço Social)**, mais as transferências da União, o que prejudica as relações que o autor pretendeu estabelecer.

A segunda observação diz respeito à participação da União. Num primeiro momento, enquanto valor absoluto, ela deve ser caracterizada como uma participação ascendente. (Gráficos 28 e 29)



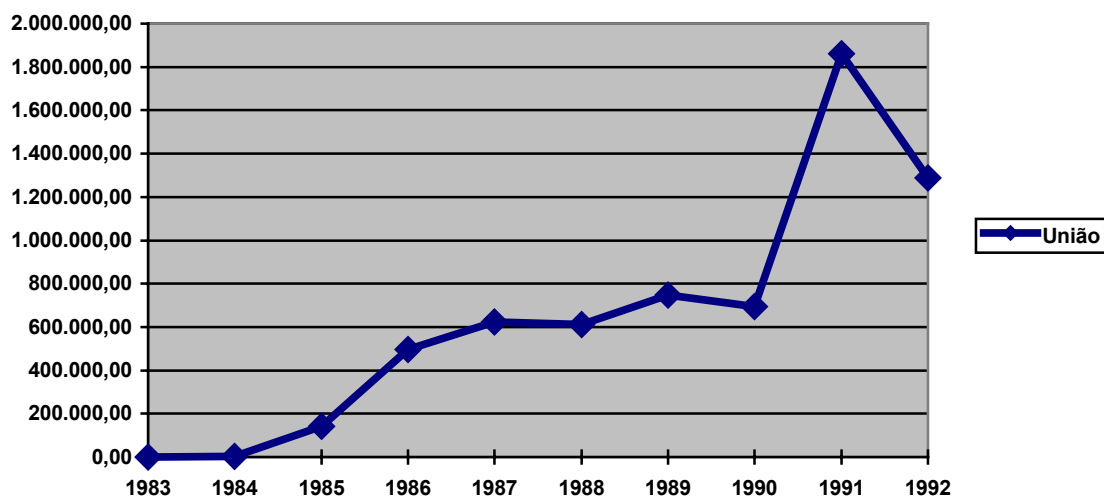
Gráfico 28 - Evolução dos gastos do Município de Londrina. Comparação das despesas da Secretaria Municipal de Saúde/Autarquia do Serviço Municipal de Saúde, transferências da União e gastos totais, 1983-92.



Fonte: Belinati, 1994

Nota: valores em dólares

Gráfico 29 - Evolução das transferências da União para a Prefeitura de Londrina, 1983-92.



Fonte: Belinati, 1994

Nota: valores em dólares

Portanto, em valores absolutos, a União participa aumentando o volume das transferências. Não se pretende com isso minimizar a participação financeira do Município com relação à saúde. Pelo contrário, a questão é evitar que haja confusões na análise e que possam levar a interpretações e polêmicas desnecessárias. A esse respeito, cabem duas observações: a primeira é que esses dados, a nosso ver, permitem entender o Estado do ponto de vista da tendência à descentralização de seus recursos. A segunda é que este fato, somado ao crescente investimento do Município em saúde, torna altamente expressivo o montante de verbas atualmente destinados ao setor.

Observa-se que o setor saúde em Londrina gastou em 1996 e 1997 (primeiros dois anos de gestão semiplena), respectivamente, US\$ 65.661.258,51 e US\$ 81.631.310,59, somente através da Autarquia Municipal<sup>5</sup>. A Prefeitura gastou nestes mesmos dois anos, a importância de US\$ 145.050.741,70 e US\$ 123.994.711. Em outras palavras, a Autarquia teve como despesa em 1997 um valor correspondente a 65% do valor que a Prefeitura dispôs para administrar todo o Município, desconsiderado o setor saúde. (Tabelas 20 e 21)

Tabela 20 - Montante de recursos na Secretaria Municipal de Saúde/Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina. Recursos próprios e transferências da União, 1992-1997.

Ano	Despesas Orçamentárias da Pref. Mun. Londrina	Despesas com a Sec. Mun. e Autarquia	Transferência da União
1992	72.369.123,83	16.015.297,99	1.289.142,70
1996	159.763.783,60	<b>14.713.041,93</b>	<b>50.948.216,58</b>
1997	143.180.675,20	<b>19.185.953,91</b>	<b>62.445.356,68</b>

Fonte: Londrina. Secretaria da Fazenda, 1998

Nota: valores em dólares

<sup>5</sup> Não foram computados, entre outros, os gastos de dois hospitais públicos - Hospitais da Zona Norte e Sul - administrados pela Secretaria Estadual de Saúde e do Hospital Universitário administrado pela Universidade.

Tabela 21 - Comparação das despesas orçamentárias da Prefeitura com as da Secretaria Municipal de Saúde/Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina, 1992-1997.

Ano	Despesas Orçamentárias da Pref. Mun. (excluído o setor saúde)	Despesas da Autarquia/Secretaria	Percentual
1992	56.353.825,84	17.304.440,69	40,7%
1996	145.050.741,70	65.661,258,51	45,27%
1997	123.994.721,30	81.631.310,59	65,83%

Fonte: Londrina. Secretaria da Fazenda. 1998

Nota: valores em dólares

## A permeabilidade do poder

Dois pontos devem ser considerados sob o ponto de vista da permeabilidade do poder perante o processo de descentralização no setor saúde no Município. Consideramos por permeabilidade do poder, às possibilidades de controle social sobre o poder executivo nas ações de saúde. O primeiro, voltado às ações desenvolvidas pelo próprio executivo, se refere às convocações legais e outro, sobre as ações promovidas por organizações populares.

Quanto ao primeiro ponto, o poder executivo faz a convocação e realiza sua 1ª Conferência Municipal de Saúde em agosto de 1989, cujo tema “Políticas, Diretrizes e Linhas de Ação para a Implantação do Sistema Unificado de Saúde de Londrina” já indicava qual era o centro de preocupação naquele momento:

*... as mudanças introduzidas pela Constituição de 1988 e pela nova Lei Orgânica de Saúde que estava no Congresso para aprovação. A Constituição já havia estabelecido o Comando Único nos três níveis de governo: União, Estados e Municípios. A Lei Orgânica ainda tramitava no Congresso, no entanto, já se tinha claro que o Município teria sua autonomia fortalecida e deveria comandar seu sistema de saúde articulando-se com o Estado e com a União. (Conferência..., 1997, p. 23)*

Essa Conferência teve como característica constituir-se, metodologicamente como um seminário, com palestras, mesas redondas com especialistas, autoridades e técnicos da área da saúde. Respondia à necessidade de instrumentalizar gestores, prestadores, usuários

e trabalhadores da saúde para as grandes modificações que viriam com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde. Desta Conferência, em sua plenária, merece destaque a definição dos serviços de saúde a serem municipalizados, a definição da estratégia para a municipalização e a decisão de encaminhar à Câmara as deliberações para que estas fossem contempladas na Lei Orgânica do Município - promulgada em abril de 1990. (Conferência..., 1997)

Na 2ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em maio de 1991, as discussões e as decisões mais importantes deste evento foram as deliberações sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde (FMS). Essa decisão, apoiada e encaminhada pelo executivo à Câmara, tem um valor político da maior importância, pois, dentre outras, ela remete para o referido Conselho a responsabilidade de elaborar o Plano de Saúde de Londrina. Dela participaram delegados escolhidos por 131 organizações populares. (Conferência..., 1997)

A 3ª Conferência Municipal de Saúde foi realizada em outubro de 1993 e teve como tema “Modelo Assistencial: em defesa da vida”. O Conselho Municipal elabora cartilha com a finalidade de fornecer subsídios para reuniões preparatórias, realizadas a critério das organizações populares. Nessa Conferência participaram 155 delegados usuários representando entidades do movimento popular e sindical. Os trabalhadores em saúde participaram com 20 delegados, os prestadores com 11 delegados e o gestor com 17 delegados. (Conferência..., 1997)

A 4ª Conferência Municipal de Saúde foi realizada em setembro de 1995 com o tema “A Situação do Sistema Único de Saúde - SUS, Alternativas e Soluções”, com os subtemas: “Controle Social, Situação Atual e Perspectivas do SUS em Londrina, Financiamento do Setor Saúde e Alternativas para a Consolidação do SUS em Londrina”.

Para essa Conferência foram realizadas 4 pré-conferências, uma para cada segmento pertencente ao Conselho - usuários, prestadores, trabalhadores, gestores. (Conferência..., 1997)

Verifica-se, portanto, que o Município participa ativamente do processo de descentralização na medida em que o Executivo não só se antecipa na realização das conferências municipais, como passa a convocá-las sistematicamente, a cada 2 anos, procurando inová-las em sua forma organizativa. A Lei 8.142 (Brasil. Leis, decretos, etc, 1997b) que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS é de 1990 e prevê realização de conferência a cada 4 anos.

Outro aspecto deste mesmo ponto refere-se à atuação do Conselho, criado em dezembro de 1991, que discutiremos na Parte II - Capítulo 2.

Quanto ao segundo ponto, ou seja, o referente às organizações populares, verifica-se que dentre as cinco regiões político-administrativas de Londrina (norte, sul, leste, oeste e centro), a região sul é a que primeiro se organiza, tendo a saúde sempre como uma forte reivindicação.

Há anos existe um movimento comunitário na região sul. Sem maior organicidade, lideranças da região participaram das movimentações ocorridas no Município por ocasião da discussão e elaboração do texto sobre saúde na nova Constituição Federal (Brasil, 1988); das discussões em torno da elaboração da seção da nova Lei Orgânica Municipal; das discussões em torno da proposta de integração entre os hospitais Universitário, e hospitais da zona sul e da zona norte, em 1990. Várias de suas lideranças participaram de promoções da Plenária Londrinense de Saúde, que atuou e atua sobre várias questões referentes ao processo da reforma sanitária brasileira. (Universidade..., 1992)

Em função da organização e da mobilização das entidades da região, principalmente das associações de moradores, realizou-se em 08/12/91, no Salão Paroquial do Conjunto das Flores, a 1ª Conferência de Saúde da região sul de Londrina. Nesta Conferência, que também contou com representações dos distritos rurais, procurou-se fazer um diagnóstico da real situação de saúde da população e dos serviços de saúde a ela oferecidos, para, a partir daí, levantar as prioridades e discutir mecanismos de interferência nos problemas apresentados.

Além de levantar as prioridades da área da saúde e de outras áreas nesta região, a plenária da 1ª Conferência criou o Conselho de Saúde da Região Sul e o Fundo Local de Saúde. O Conselho é composto por 28 representantes da comunidade, 04 representantes de entidades convidadas e 06 representantes de prestadores de serviços e tem por objetivo, *participar do gerenciamento administrativo e financeiro dos serviços de saúde da Região Sul, procurando sempre garantir o cumprimento de metas propostas pela plenária da 1ª Conferência.* (Conferência..., 1991, p. 6)

Esta 1ª Conferência da região sul, promove ainda discussão para a 2ª Conferência Municipal de Saúde de 1991 e, desde então, todas as conferências municipais são previamente debatidas pelo referido Conselho, que retira suas propostas para o setor.

Nesta região, já em 1995 estavam estruturados 8 conselhos locais de saúde na

zona urbana e 4 na zona rural.

Por deliberação do Conselho Municipal foi constituída uma comissão no sentido de estimular a criação de outros conselhos regionais de saúde na cidade. No ano de 1996 foram criados os conselhos de saúde da região norte, leste e oeste.

Muito embora a configuração de usuários no Conselho Municipal não se dê por representação dos conselhos populares as comunidades procuram se mobilizar no sentido de serem representadas através dos sindicatos de trabalhadores ou de outras entidades.

## **CAPÍTULO 2 - OS ESFORÇOS PARA A IMPLANTAÇÃO DO NOVO MODELO**

O modelo assistencial e as linhas de atuação da gestão municipal visando a sua implantação foi possível de serem caracterizadas, utilizando-se, como já vimos, das falas de duas pessoas do nível hierárquico central da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde.

A partir delas, pudemos observar que a atuação da Autarquia no direcionamento da implantação do novo modelo poderia ser discutida com base em três principais linhas de ação, que configura o que consideramos como os três grandes temas para discussão do processo.

**O primeiro**, no âmbito da reorientação da administração com destaque na alteração na estrutura organizacional da Autarquia e suas repercussões. **O segundo**, referente à formação de recursos humanos, no sentido da reorientação do perfil gerencial para as unidades básicas. **O terceiro** refere-se mais diretamente ao processo de descentralização/democratização com a busca de mecanismos de participação na gestão, em sua relação com o Conselho Municipal de Saúde.

Os esforços verificados na formação de recursos humanos fez com que procurássemos discutir com os gerentes as percepções sobre **suas atribuições e grau de autonomia no desempenho das funções**, como subtemas de discussão. Para tanto entrevistamos seis gerentes, uma médica e cinco enfermeiras, todas com especialização em saúde pública, participantes do Curso para Formação de Gerentes de Unidades Básicas de Saúde (GERUS) e com longa experiência em trabalho nas unidades, através de um roteiro prévio. Na análise das entrevistas verificamos que foram destacados aspectos sobre os **recursos** (físico, financeiro, humano) considerados necessários na implementação da proposta, aspectos sobre as **relações com o nível central e a comunidade**, que se mostraram relevantes e passaram a ser considerados também como subtemas de análise.

## O novo modelo proposto e as ações visando sua implantação

A análise crítica do modelo e o novo modelo proposto pela OPS no que se refere à mudança do modelo assistencial é absorvida como proposta da Autarquia:

*Londrina tem história de tentativa de pensar saúde de outra maneira (...) vários companheiros que tentaram descentralizar a saúde, tornar o papel dos Postos de Saúde diferente (...) Nossa preocupação (...) era no sentido de fazer com que, no âmbito do setor nós organizássemos as ações, planejássemos as atividades, levando em conta ultrapassar, um pouco aquela característica que o sistema de saúde tinha de oferecer a atenção à demanda quase que exclusivamente, entendendo que a promoção da saúde, a mudança de modelo, o ultrapassar este modelo flexneriano... (Entrevista 1)*

No início do período houve a realização de seminário promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, com a participação da representação da OPS, para a discussão da proposta, como subsídio às reflexões sobre a sua implantação.

Pode-se, citar como exemplo, a discussão sobre um dos preceitos fundamentais da mesma: a estruturação do Município em distritos sanitários. Londrina tradicionalmente discute as questões da cidade, referindo-se às regiões, norte, sul, leste, oeste e centro. O que implica considerar, em uma primeira instância, numa decisão política e administrativa de considerar (ou não) Londrina como tendo 5 distritos. E, portanto, em termos teóricos da proposta, manter 5 “autoridades sanitárias” e toda uma estrutura burocrática para cada distrito. O organograma aprovado (descrito na página 66), neste aspecto, reflete a decisão de o Município ser considerado como um só distrito, e, no contexto de sua organização, a estruturação de cinco **divisões administrativas**, uma para cada região.

Verificam-se outras ações neste sentido no atendimento aos preceitos teóricos da proposta:

*Então, nós tivemos muitas assessorias, através da OPS, através da própria UEL, através de outras instituições que participaram conosco, tentando qualificar a gente e o pessoal, pra que déssemos conta desse processo de descentralização (...) Era claro qual era a proposta, onde a gente queria chegar mas, você tateando, pensando em como efetivar isso. Por exemplo, começar pelas as oficinas de territorialização, que foi uma das primeiras ações que nós fizemos concretamente no sentido da descentralização. (Entrevista 1)*

Em 1993, o Setor de Saúde Comunitária discute com a OPS a oportunidade da realização do GERUS. Esta proposta veio ao encontro da necessidade de repensar o curso de



especialização, no sentido de permitir uma melhor qualificação técnico-política dos profissionais inseridos nos serviços de saúde. (Turini et al., 1996)

Desta feita, considera-se que um curso a ser oferecido aos serviços de saúde da Grande Londrina (municípios de Londrina, Cambé, Ibiporã e Rolândia), com o objetivo de qualificar gerentes das unidades para a gestão de um novo modelo assistencial é igualmente relevante para os propósitos de mudança.

Concomitantemente, o Município inicia sua gestão junto à 17ª Regional de Saúde tradicionalmente encarregada das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, para a municipalização destas atividades já no final de 1993, com a assinatura de convênio que permite a “municipalização” das ações de vigilância.

Em 1994, a Secretaria de Saúde inicia um processo de realização de oficinas de trabalho chamadas de territorialização e planejamento, em todas as unidades básicas. Além da definição do território de cada unidade, com suas áreas de abrangência e de influência, são levantados os problemas inerentes a cada território que passariam a nortear as atividades a serem desenvolvidas pelo setor.

As oficinas ocorrem concomitante ao curso do GERUS, realizado de abril a dezembro de 1994, destacando-se que os alunos do curso, em número de 58, pertenciam ao quadro de servidores dos municípios e cujas atividades, baseadas na metodologia problematizadora da OPS, eram desenvolvidas levando-se em consideração a realidade do território na qual os futuros gerentes estariam inseridos.

Isso porque a Secretaria iniciou o processo de definição de área de abrangência, na concepção de distritalização, criando a função de Coordenador (Gerente) e nomeando 40 coordenadores locais de saúde no município. Esses coordenadores, no curso GERUS, foram divididos em 5 grupos, de acordo com a sua inserção no trabalho, correspondentes às regiões norte, sul (urbano e rural), leste, oeste do município (sic). (Turini et al., 1996, p. 46)

Como resultado das oficinas de territorialização torna-se possível um diagnóstico para cada unidade em sua área de abrangência, na qual são levantados os principais problemas de saúde. (Londrina. 1994a, b, c, d)

## A reorientação administrativa

Com a perspectiva da municipalização, o Município promove uma readequação administrativa que visava a criar uma estrutura nova que conta não só de administrar a rede própria mas também de pensar o sistema de saúde como um todo, porque o Município passou a ser gestor de todo o sistema de saúde. (Entrevista 1)

A mudança visava, entre outros objetivos, garantir a maior autonomia para o setor em relação às novas exigências.

*Nós fizemos um processo de discussão interno nos níveis colegiados de decisão principalmente no que a gente chama de Conselho Diretor composto do Secretário, dos diretores e assessores de nível mais elevado dentro da hierarquia da Secretaria e contratamos uma empresa especializada para discutir as formas mais legais ou normativas da reforma e nós criamos uma estrutura nova que foi a Autarquia de Saúde. (...), fazendo com que o setor saúde tivesse autonomia administrativa pra poder enfrentar os problemas da municipalização sem depender da administração direta. Por exemplo, nós passamos a ter um setor próprio de recursos humanos onde a estratégia de desenvolvimento de recursos humanos, o trabalho relativo ao departamento de pessoal, o pagamento, as promoções, etc. era feito exclusivamente pela Autarquia. O setor administrativo e financeiro que também passou a fazer, quase que exclusivamente sem depender da administração direta, os processos licitatórios, processo de compra, os processos de tocar a máquina da saúde e também de administrar o Fundo Municipal de Saúde, que corresponde hoje, a dois terços, ou pouco mais de dois terços do orçamento de toda a prefeitura. Além disso nós tínhamos também um setor de apoio para não depender, por exemplo, da administração direta para resolver problemas ligados aos equipamentos da área da saúde, etc... (Entrevista 1)*

A partir dessas considerações, no que diz respeito à organização dos serviços, podemos verificar dois aspectos na reestruturação proposta: como ela organiza os serviços para a aquisição das novas atribuições e como procura articular as ações ditas assistenciais com as de promoção:

Quanto ao primeiro aspecto, como já observamos, a Autarquia entra em negociação - e assina convênio - com o 17<sup>o</sup> Distrito Sanitário para a transferência das vigilâncias epidemiológicas e sanitárias. No início da década e, particularmente, no início da nova gestão de 1993 a 1996, assume a administração de dois hospitais (Maternidade Municipal e Hospital São Francisco no distrito rural de Tamarana), além de outras atividades já existentes. Para tanto, procura se organizar informalmente para poder atender a esta demanda.

E, nesse aspecto, há pelo menos duas considerações a serem feitas: 1. A que se

refere à organização “interna” da vigilância sanitária (e epidemiológica), e 2. A que se refere à forma como a vigilância se integra às demais atividades visando a mudança do modelo.

**No primeiro caso**, as críticas à vigilância sanitária tradicional foram discutidas por vários autores. Destacamos, particularmente, a estruturação, com os recortes entre as vigilâncias das doenças, a vigilância dos serviços e a vigilância dos bens e insumos de saúde. É, neste sentido, que observamos a reprodução no Município, quando passa a exercer estas atividades.

*... na área de epidemiologia, já estão municipalizados todos os Postos de Vacinação, o controle e recepção nas notificações compulsórias, acompanhamento e análise de dados, bloqueio nos hospitais, comissão de controle de infecção hospitalar, prevenção e controle de DST/AIDS, de prevenção das teníase e cisticercose, dentre outros, e ainda, as campanhas de multivacinação. (...) as atividades estão sendo estruturadas e que a questão de recursos humanos já está sendo vista, cabendo ao Estado ainda, assessoria e “know how”. (Londrina. Conselho Municipal... 1996, p. 25)*

Muito embora a iniciativa do convênio antecipe ou vá ao encontro do objetivo da municipalização, verifica-se que a forma adotada para que o Município assumira as ações de vigilância, se dá reproduzindo a forma fragmentada e tradicional da vigilância sanitária.

Transferir as ações, como já dissemos, fragmentadas, “municipalizar” os servidores estaduais detentores do saber e da prática das ações de vigilância entre outras, foi a forma encontrada para que o Município passasse a ter tais atribuições. E, nesse sentido, a **tradição dos recortes citados aparece muito forte** no setor em que, a nosso ver, impede uma maior reflexão do modelo proposto. O exemplo da saúde do trabalhador pode ratificar tais afirmações.

Essa área, desde o Estado Novo, está atrelada ao Ministério do Trabalho. As experiências no setor saúde estão ligadas às universidades ou em alguns serviços de saúde, nos chamados centros de referência, em algumas capitais, de forma marginal. Contudo, nas suas ações, são ricas as experiências que procuram trabalhar os agravos à saúde, o perfil nosológico do trabalhador, as relações com o ambiente de trabalho (ações consideradas de vigilância) e a participação do trabalhador ou de seus representantes, os sindicatos.

A Lei 8.080 (Brasil. Leis, decretos, etc..., 1997a) define que as ações voltadas ao trabalhador são atribuições do setor saúde, neste aspecto, as secretarias estaduais, assim como os municípios, em grande maioria não possuem experiência na área.

Na experiência local de municipalização, a perspectiva de recorte para as

outras ações (alimentos, zoonoses e outras), colocava já de início o primeiro dilema aos gestores. Como pensar esta área na vigilância sanitária?

A forte indução do tratamento dada à vigilância sanitária até o momento, ou seja, a dificuldade de pensar outro modelo de ação, cria um dilema para os gestores. No caso específico, ou se cria um compartimento - o da saúde do trabalhador - à semelhança dos demais ou, mantida a mesma estrutura, promove-se sua inserção nos vários compartimentos existentes.

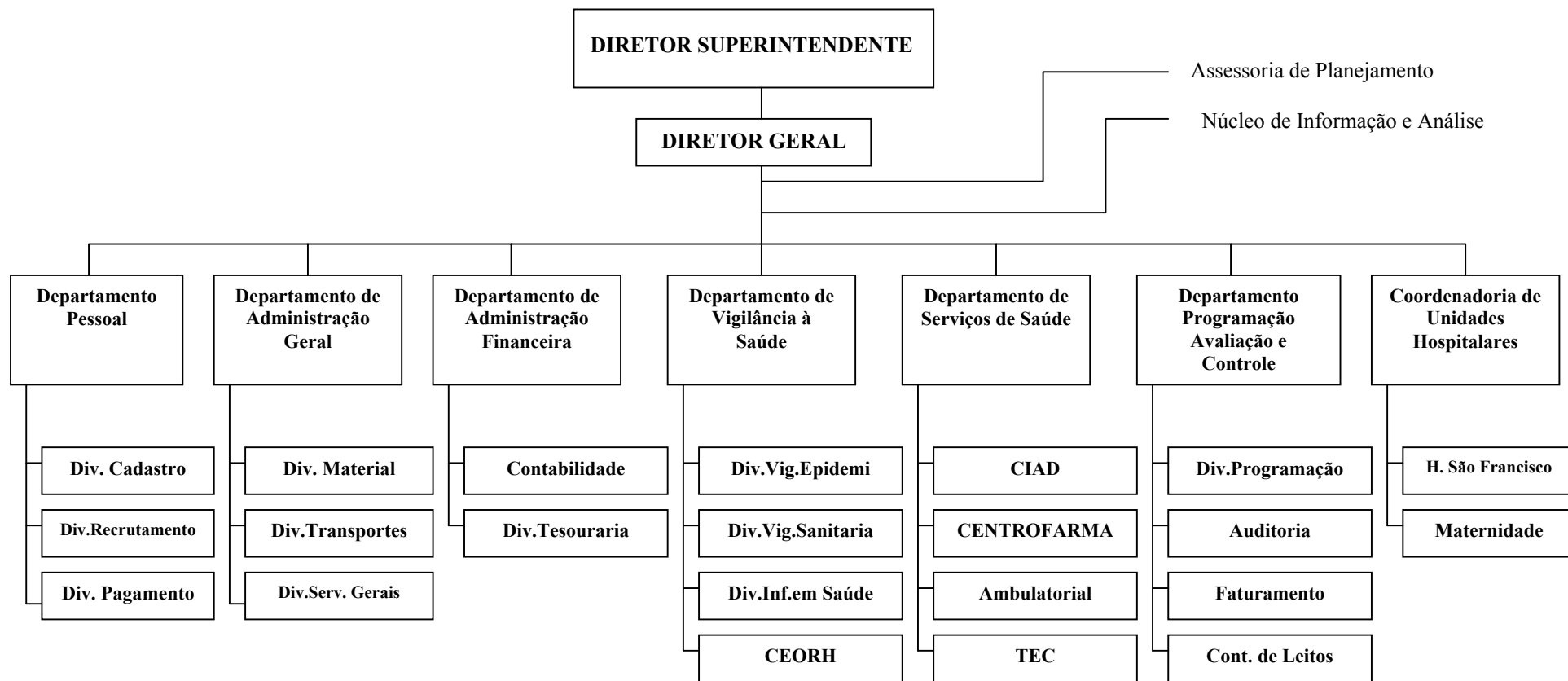
A perspectiva de que as ações de saúde do trabalhador se integrassem nas demais ações é experimentada e não se verifica na prática. Suas ações ficam dispostas no compartimento dos “serviços e produtos” até o final da gestão 93-96.

Na reestruturação administrativa, iniciada com a nova gestão em 1997, é criado um compartimento específico através da Coordenadoria da Saúde do Trabalhador, que se coloca no mesmo nível hierárquico da coordenadoria dos alimentos, zoonoses entre outras.

Para o **segundo caso** consideramos que, na verdade, esta questão da vigilância sanitária é, de fato, um dilema dentro do dilema. Ou seja, o dilema maior, para os gestores, realmente é compatibilizar a vigilância sanitária no novo modelo de vigilância à saúde, proposto para os SILOS.

Com a assunção de novas atribuições, como, por exemplo, as vigilâncias sanitária e epidemiológica, entre outras, a gestão municipal é trabalhada informalmente com a seguinte estrutura funcional:

Figura 12 – Estrutura informal da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, 1995.



Fonte: Londrina, 1995

Se considerarmos a estrutura apresentada, os departamentos de vigilância à saúde e de serviços de saúde podem representar, sob o ponto de vista do modelo, a permanência de ações coletivas e curativas, reforçando a dicotomia preventivo-curativo. Porém, segundo dados das entrevistas, não foi esta a propositura e a forma inicial encontradas pela nova gestão:

*Num primeiro momento, no início da administração, nós criamos um departamento chamado de Vigilância à Saúde que sob um comando único, unia as atividades assistenciais que estavam a cargo de um departamento e as atividades típicas da vigilância que estavam a cargo de outro departamento. Criamos em um só, visando integrar, na prática, as ações promocionais, preventivas, com as ações assistenciais. Na verdade, hoje eu classificaria essa tentativa como muito bem intencionada, mas um pouco ingênua. (...) Então nós retornamos à divisão, não anterior, mas à uma divisão semelhante a anterior de deixar um **Departamento de Unidades Básicas de Saúde** e, ao mesmo tempo, um **Departamento que nós chamamos de Informações em Saúde**, com as atividades de vigilância sanitária, epidemiológica, etc. E criamos Coordenadorias Regionais compostas de profissionais da área de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de serviços para que eles pudessem trabalhar estas questões. (Entrevista 1)*

Percebe-se com isto uma reorientação na estrutura administrativa sob o ponto de vista informal e formal, na busca de melhor contemplar as ações contidas no modelo de SILOS.

A avaliação crítica desta experiência, segundo informações da entrevista, recoloca a questão sob o ponto de vista ainda da proposta de alteração do modelo.

*...a avaliação que eu faço hoje de tudo isto é o seguinte: É através de uma criação, por exemplo, de instrumentos de informação que possibilitem atender as questões assistenciais e as questões que a gente chama de promocionais através de um departamento e de uma ação conjunta dos vários setores, não necessariamente estes estando juntos, que a gente consegue avançar no processo. Quer dizer, não é através puramente da integração dos departamentos mas, através de um planejamento das ações em cima de problemas concretos, que os departamentos se integram. (...) Se você tem um problema na região Sul de Londrina, em determinado local, que é o uso excessivo de drogas, alcoolismo, violência, isto é um problema. A população está sentindo este problema. Este é um problema que existe, está lá. Você não inventou este problema burocraticamente. Em cima deste problema concreto, as ações promocionais e as ações assistenciais devem se integrar (...). A realidade sanitária, seja ela do Município seja ela descentralizada local, ela é o mote, ela é o elemento em cima do qual tenta-se construir a vigilância à saúde e à ação integral da saúde. (Entrevista 1)*

A questão parece ser como se estruturar para dar conta das hipóteses de solução para os problemas levantados.

O esforço na gestão se faz presente na definição já citada da criação do

Departamento de Informação em Saúde, no qual foram alocados os setores de vigilância epidemiológica, onde se implanta o sistema de geo-processamento, onde se instala o Núcleo de Informação sobre Mortalidade, entre outros.

A **primeira** consideração, com relação a esse empenho, diz respeito à municipalização nos moldes tradicionais da vigilância epidemiológica, que, de certa forma, reproduz as questões da fragmentação observadas na vigilância sanitária. Aqui, a municipalização se fez dentro do processo de negociação com a 17<sup>a</sup> Regional de Saúde na transferência da vigilância epidemiológica aos pedaços, na medida em que o Município tivesse recursos humanos suficientes, “municipalizados”, ou da própria rede municipal para acompanhar tal vigilância. A **segunda** diz respeito à fragmentação da informação, acentuada pela implantação de programas aplicativos, como o SIM - sistema de informação em mortalidade, o SISCAT - sistema de informações dos acidentes do trabalho, o SINASC - sistema de informação sobre os nascidos vivos, o sistema para informatização da rede ambulatorial e o da central de informação de leitos, entre outros.

A utilização destes aplicativos pelo serviço, a nosso ver, tiveram o propósito de promover algum impacto sobre os problemas de saúde como, por exemplo, a diminuição da mortalidade dos recém-nascidos sob risco (SINASC); de melhorar a qualidade das informações já existentes, como é o caso da mortalidade geral, com o correto preenchimento dos atestados e a verificação de óbitos (SIM); de implantar novos sistemas dentro do modelo proposto, utilizando-se dos dados das oficinas de trabalho sobre territorialização e planejamento com o mapeamento de todo o Município com suas áreas de risco (MAPI-INFO); de atender solicitação do Ministério da Saúde, por exemplo, ao tentar implantar, em 1995, um sistema de notificação de agrotóxicos pelo SINAN, ou, mais recentemente, na demanda por se informatizar o Programa de Saúde da Família (SIAB), em 4 unidades básicas da zona rural, com orientações distintas do sistema de informações implantado nas demais 47 unidades, urbanas, a partir de prontuário familiar.

No entanto, mesmo que isto signifique avanços, questiona-se se esse é o rumo para se obter instrumentos que possibilitem alcançar o nível de abrangência esperado para atender as questões assistenciais e promocionais da saúde ou, se estes sistemas implantados, se mostram viáveis para subsidiar os problemas levantados pelos conselhos locais ou pela comunidade em suas várias instâncias de organização. Ou, mais especificamente, como adaptá-los à proposta de modelo assistencial, em que possa efetivamente se estabelecer uma relação entre informação e a ação.

## A reorientação para um novo perfil gerencial

Historicamente, as unidades de saúde do Município tinham na figura do profissional da enfermagem o desempenho de atividades consideradas de supervisão técnica das atividades. Esta supervisão ocorria na maioria das vezes de forma direta, e através das chamadas rotinas de enfermagem, particularmente quando da existência das funções delegadas. Abrangia também a atividade de pré e pós-consultas, acompanhamento de programas de pré-natal, puericultura, considerados como programas “verticais”, por serem programas definidos em instância superior para implantação em toda a rede. Além disso, esses programas tinham o objetivo da elaboração dos relatórios de produção de serviços e de dados de informação - doenças de notificação compulsória - e da administração dos recursos de apoio necessários para as atividades, como materiais, medicamentos, equipamentos e outros.

Na atual conjuntura verifica-se que a formação de profissionais pelo GERUS não passa pela exigência de profissional de enfermagem, muito embora, na prática, as indicações sejam de enfermeiros. Segundo dados obtidos pela coordenação do curso, foram inscritos 83 profissionais, selecionados 60, sendo que entre os 58 formandos, havia somente 4 médicos.

A formação de um novo perfil gerencial para as unidades básicas abre a perspectiva de novas práticas sanitárias.

## O gerente: atribuições e autonomia

Ao buscar verificar a percepção dos gerentes com relação ao seu papel, notamos, como primeira impressão, a dificuldade desta definição, o que pode ser visto como um indicador da necessidade de maiores esclarecimentos.

*Olha, essa questão de atribuição de uma gerente é meio complicado porque na verdade, as pessoas as vezes esperam que atribuições venham por escrito. O que na verdade acaba ocorrendo é que você acaba assumindo tudo, desde a questão de supervisão, questão de relacionamento com a comunidade todos esses (...) Então, é **uma coisa bem ampla, bem geral**, que você tenta levar.*  
(Entrevista 6)

No decorrer das entrevistas pudemos apreender que, de fato, a plethora de



atribuições é realmente grande, no sentido de como os gerentes a consideram. Em outras palavras, pareciam refletir uma carga de atividade e de responsabilidade bastante grande.

*... Então o gerente, ele é **responsável por tudo** dentro de uma unidade, tá. Prá isso, ele tem que conhecer o seu bairro, o seu Distrito Sanitário. Dentro desse Distrito Sanitário, o gerente tem uma importância muito grande, tá. E ele tenta, dentro desse gerenciamento, gerenciar recursos humanos, recursos materiais, recursos financeiros... (Entrevista 3)*

Dentre as atribuições apontadas pelos entrevistados, a ênfase dada ao trabalho com a comunidade é, em todas, a mais fundamental.

*Eu acho que o gerente dentro de uma unidade básica de saúde, ele é o elo de ligação entre o serviço e a comunidade... (Entrevista 3)*

*Além das atribuições normais de gerenciamento mesmo de unidade folha ponto, pedido de material eu acho que o grande “barato” da gerência mesmo é o trabalho com comunidade que você tem e pode fazer, que é uma coisa assim no setor de saúde que a gente não fazia. Então, o mais interessante é a criação dos conselhos locais, o trabalho com a comunidade, a interface com a comunidade. (Entrevista 4)*

Se a interface com a comunidade está relacionada ao estímulo na criação das estruturas formais de representação como os conselhos locais, ela também está presente quando do planejamento ascendente, numa perspectiva orientadora do processo de municipalização.

*... dentro da proposta de mudança do modelo, consiste também na parte de planejamento de ações, no sentido assim de você dar as cartas dentro da mudança do modelo. O papel do gerente eu vejo assim, por exemplo: dentro da proposta, a partir do momento que você conhece todo o seu território, você conhece todos os problemas existentes, você na realidade, poderia estar dirigindo o nível central, a nível de necessidades concretas que você tem. (...) No meu entendimento então seria este papel de fazer o planejamento local, e **até estar direcionando política municipal de saúde**. Uma outra coisa seria a questão administrativa mesmo, você poder, por exemplo, fazer com que a sua unidade tenha ações de maior impacto (epidemiológico) e com um custo menor. (Entrevista 5)*

Em primeiro lugar, podemos observar qual o significado de autonomia por parte dos gerentes.

*Bom, daí entra essa questão crucial, que é a autonomia, o grau de autonomia. Eu tenho duas visões: uma de quem está na ponta e de quem está no nível central. (...) Por exemplo: questão de compras. Você quer **autonomia para fazer algumas compras**, tomar algumas providências com relação à unidade, agilizar as coisas. Por exemplo, você precisa de lâmpada, um exemplo bem primário, se você não tem na unidade e precisa naquele momento, e se não tem na central de distribuição, você tem que pedir para comprar, e daí demora, demora um mês ou mais. Então é assim, tem algumas coisas que no*

*entendimento do gerente poderiam ser **descentralizadas**, a nível de você ter uma reserva na unidade para resolver as coisas mais urgentes (...). Além disto, outras coisas como, como você lidar com o pessoal. Acho que você tem que ter esta **liberdade de estar conversando com a comunidade, estar conversando com sua equipe, e ver a melhor forma de funcionamento da unidade, de oferecimento de serviço (...)**. Eu entendo esta autonomia como se fosse uma mini prefeitura, você consultaria a comunidade e iria adequar o seu serviço para as necessidades da comunidade. Mas isso muito teoricamente. (Entrevista 5)*

*É o grau de liberdade que ele tem para ir modificando e atuando na sua unidade. (Entrevista 4)*

*Autonomia é bem complicada também porque cada pessoa entende autonomia de uma maneira, eu acho que autonomia de um gerente é ele poder estar realizando atividades **não só internas** por exemplo, corriqueiras do dia-a-dia, a questão de funcionários, a questão de substituição, materiais, estrutura física, reforma (...) mas também externa que é uma coisa gradativa, eu acho que a gente assim (...) não tem um nível de autonomia necessário para o nosso trabalho. (Entrevista 6)*

*Autonomia? Eu acho que a partir do momento que eu tenho condição de determinar **a forma do meu trabalho dentro da unidade**, que eu possa desenvolver um programa que eu mesma fiz de acordo ... que eu fiz um levantamento, que eu cheguei à conclusão que eu tenho que trabalhar com a saúde da criança e eu posso desenvolver este programa, eu acho que eu tenho autonomia. Eu acho que eu tenho, por que eu posso decidir. Eu tendo apoio da administração para o que eu estou fazendo (...) Eu gerencio meus recursos humanos (...) Você poder estar gerenciando seu serviço. Você dizer quando o seu serviço funciona melhor. (Entrevista 3)*

## **Gerência: a percepção do modelo vigente e o controle dos recursos para a mudança**

Sobre a percepção dos gerentes, quanto ao modelo assistencial vigente, a relação deste modelo com os profissionais da unidade e com a comunidade representou, para alguns gerentes, sérios obstáculos no desempenho das funções. Outro importante fator é centrado no papel do médico e sua importância para a população.

*Então eu acho que é uma questão de você estar educando a população. Isso eu acho que é o papel da gerente. Você tem, também, que educar a população. Não adianta você querer mudar o modelo assistencial, se você não tiver um trabalho com a população, de um modelo assistencial diferente. **Porque a própria população exige o que? Médico.** Se ela vem pro posto, aqui é um pouco diferente. **Se ela chega numa unidade e não tem um médico, ela vai aonde? Ela vai prá uma outra unidade, em busca de um profissional mesmo.** Então eu acho que isto a gente tem que tentar mudar (...) Seria: serviço e comunidade. Serviço e população. Acho que os dois têm que ser educados. **Porque o auxiliar de enfermagem, quando ele chega numa unidade prá***

**trabalhar, ele chega prá fazer atendimento em função do médico.** (Entrevista 3)

*... tendo em vista que a unidade funcionava sempre, que funciona acho que até hoje, **centrada na consulta médica**, o gerente não consegue fazer com que a equipe e a comunidade vislumbre essa **mudança de modelo assistencial** de você estar fazendo a prevenção (...). **Eu era a médica e a gerente da Unidade** e não conseguia, avançar e resolver os outros problemas da unidade, problemas gerenciais, que eu digo, questão de produção da unidade, a questão de informar a população do perfil daquela comunidade, que ela já tem o conhecimento disso, **a equipe conhece todo perfil da unidade**, mas não consegue desenvolver ações que possam estar sanando esses problemas, **se você tem um problema que você consegue detectar na comunidade**, você não consegue desenvolver ações que possam chegar a solucionar aquele problema tendo em vista que é sempre prontamente na consulta médica.* (Entrevista 7)

No decorrer das exposições será possível retomar a proposta de as unidades trabalharem a partir de seu perfil - de morbidade - tentando reorganizar a forma de atendimento através de programas - grupos de hipertensos, diabéticos e outros - ou a partir de um problema detectado na comunidade, seja através da oficina de territorialização e planejamento de acordo com a proposta da OPS, seja através de outras formas.

O controle dos recursos possibilita aos gerentes a alteração de um modelo de assistência vigente, que se fundamenta nas consultas médicas e, no decorrer do trabalho, o desenvolvimento de algumas estratégias para atingir o objetivo de mudança.

Assim, procuramos verificar qual o grau de autonomia em face dos recursos necessários citados.

*Dentro desse distrito, o gerente tem uma importância muito grande. E ele tenta, dentro desse gerenciamento, gerenciar recursos humanos, **recursos materiais - que é uma coisa que a gente não faz - recursos financeiros (...)** que é uma coisa que a gente não faz. Por exemplo: verbas que poderiam estar sendo utilizadas prá programas que a gente gostaria de desenvolver dentro do bairro, certo? (Entrevista 3)*

Embora esta exigência de recursos financeiros tenha, por vezes, a conotação de que os gerentes pudessem ter, “pelo menos” alguns poucos recursos para resolver as questões emergenciais, ela também é vista sob o ponto administrativo mais aprofundado.

*E a nível de autonomia, a questão financeira, uma coisa que a gente sempre sentiu falta é informação. Então, você está numa unidade, sabe que tem aluguel, que tem luz, uma série de despesas, medicamentos, pessoal, a gente não sabia quanto a unidade custava, não sabia quanto de serviço estávamos produzindo. (...) Então na verdade não tinha dados para você procurar planejar a unidade, melhorar... (Entrevista 5)*

A autonomia para o gerenciamento dos recursos financeiros foi, consensualmente, considerada inexistente. Percebe-se que a autonomia para a organização da assistência ou da forma de funcionamento da unidade foi igualmente consensual, agora com sentido positivo.

*... o grau de autonomia que a gente tem hoje relacionada a assistência é praticamente 100%. A gente tinha autonomia de definir o horário da unidade, **modo de funcionamento**, então em termos de assistência da unidade era 100%, com relação a outros fatores, por exemplo, recursos humanos, já é mais difícil você ter autonomia porque você está dependendo do volume total de recursos humanos da Secretaria para ser dividido em todas as unidades, então você **não tinha também autonomia financeira** mas a tua autonomia ficava restrita **ao trabalho com a comunidade e a gerência da assistência da demanda da unidade**. (Entrevista 4)*

O que seria administrar os recursos humanos sob o ponto de vista dos gerentes?

*Então acho assim: dentro dos recursos humanos, ela vai ter que estar gerenciando tudo, desde horário, funcionário, número de funcionário... (Entrevista 3)*

*Tanto nesta parte de disposição de serviços, quanto na administração de pessoal também seria uma coisa da gerência, de você administrar, negociar com seus funcionários, de você ter esta questão de **como conduzir seu trabalho** da melhor forma possível. Essa questão de administrar pessoal de saúde é uma coisa muito complicada, eu acho que pela própria natureza do trabalho você não pode administrar como se administra uma fábrica, uma loja, tem toda uma particularidade na administração do pessoal. (Entrevista 5)*

As questões relativas aos **recursos humanos** assumem uma importância bastante relevante, sendo destacada a falta “permanente” de recursos humanos ou a temporária devido a férias, licenças e a outras ocorrências. No aspecto qualitativo, o perfil dos profissionais foi também obstáculo, devido à “formação” destes profissionais.

Nos relatos, os gerentes explicitam as dificuldades e, ao mesmo tempo, o que consideramos como suas **estratégias**, para levar adiante os projetos de mudança. Em nível central, a grande estratégia foi as oficinas de territorialização. Em relação às gerências, a grande estratégia apontada foi a **negociação**, como veremos nos relatos.

No aspecto **quantitativo**, apesar de não se dispor de recursos humanos, houve relato de avanços devido à estratégia para o envolvimento dos profissionais no GERUS e posteriormente - no mesmo ano de 1994 - no processo de territorialização.

*Você tem que se preparar para vir atender a uma demanda, por que na época eu estava sem uma enfermeira também, por que estava fazendo, que nem agora, só tem enfermeira de manhã, então são enfermeiras coordenadoras.*

*Isso dificulta tudo. Mas eu atendo a demanda também (...) enquanto a gente estava fazendo o processo de territorialização eles ficaram super envolvidos, acharam ótimo, maravilhoso, essa questão de ver o paciente em casa, como o paciente vive, a gente achou que estava encaminhando, (...) tudo no papel, tudo bonitinho, mas acaba se perdendo depois, não sei se é porque volta novamente aquela coisa de atender demanda, demanda, demanda... (Entrevista 7)*

*É quando a gente fez o curso de GERUS que a gente fez todo o perfil da unidade baseado em toda aquela assistência que estava dando, nós percebemos que a maioria das pessoas atendidas na unidade, eram mulheres e crianças (...) Então o que nós fizemos é: vamos centrar nossa assistência nisso, vamos fazer programa para isso, isso foi uma coisa que nós fizemos (...) tivemos liberdade pra fazer isso, e foi um período de grande tranquilidade, de grande satisfação dentro da unidade, pelo menos os profissionais estavam envolvidos com isso, e a unidade começou a ter um fluxo mais aceitável, o trabalho não era tão estressante, os funcionários estavam mais satisfeitos, o usuário estava satisfeito, até a gente mudar para a unidade nova, diga-se de passagem, porque mudou-se para a unidade nova, achou-se que ia mudar tudo. Achou que ia contratar mais médicos, que ia ter mais funcionários... (Entrevista 7)*

Um outro fator a ser considerado foi a presença, quase concomitante, de estagiários que, durante um certo período, complementaram a falta de recursos humanos.

Ressalte-se que, embora o roteiro de questões não procurasse verificar a aceitação de estagiários nas unidades, este tema aparece espontaneamente em duas entrevistas. Em uma delas, sua presença permite à gerência promover uma nova organização das atividades, num momento de franca necessidade de recursos humanos.

*... porque a gente tinha essas duas estudantes, residentes do curso de pós-graduação em saúde coletiva que estavam atendendo na unidade, então assim não era estressante, não era desgastante, porque elas tinham um perfil muito bom e assimilaram muito bem, elas gostaram do serviço, se adaptaram a comunidade (...) Então foi super legal porque a gente conseguiu direcionar (...) foi um período assim que a unidade ficou sem consultas dessas pessoas, essas pessoas não iam procurar o médico, nem porque estavam hipertensas nem porque estavam com dor de cabeça, por absolutamente nada... (Entrevista 7)*

Os agentes comunitários também aparecem no período, transitoriamente, complementando os recursos humanos.

*Isso foi muito tranquilo, também com a implantação do programa saúde da família no município, nossa vaga para o médico de família não foi contemplada, porque não tínhamos um número de famílias necessárias (...) fizemos um trabalho assim fantástico de cadastramento de família, está tudo anotado lá na unidade junto com os agentes comunitários (...), conseguimos levar um atendimento odontológico que na unidade não tinha (...) virava e mexia aparecia criança com dor de dente na unidade, não conseguia assistir as aulas e estava tendo muito problema, aí nós conseguimos sensibilizar a*

*administração que acabou montando um gabinete odontológico lá, isso foi ótimo, porque o pessoal da odonto é uma equipe que tem um trabalho muito legal, fazem palestras, as crianças ficavam super envolvidas, as mães foram envolvidas (...), foram dois anos assim muito produtivos, desse período que a gente fez o GERUS até depois o ano seguinte, eu fiquei nessa coordenação nesse período. (Entrevista 7)*

A falta de recursos é, por sua vez, ampliada, devido ao acréscimo da demanda durante o processo, pela melhoria do atendimento.

*... quando nós mudamos para a unidade nova que tinha todo um espaço físico, nós tivemos problemas de recursos humanos, ficamos com 2 auxiliares apenas para atender à comunidade, uma unidade que ficava aberta 12 horas por dia, e uma enfermeira que dividia as atividades em duas unidades (...), o problema de recursos humanos pra nós, na época, foi assim brutal (...) com a municipalização, a saúde em Londrina melhorou muito e nós tivemos muita invasão na nossa área (...) então nós tivemos uma invasão de pacientes, inclusive do centro destas cidades para fazer coleta de preventivo, para fazer exame de controle de epidemias, para fazer uma série de encaminhamentos para oftalmologia, porque tinha esse acesso informatizado, era só chegar e agendar a consulta. (Entrevista 7)*

No aspecto **qualitativo**, são registradas as referências quanto ao perfil dos profissionais. Aqui devem ser levados em consideração aspectos relativos à formação profissional, no que se refere ao relacionamento pessoal, particularmente do médico com os demais profissionais, e também relativos ao perfil de profissionais exigido pela Autarquia no momento de suas contratações. No caso dos médicos, a produção de consultas como parâmetro, que se generalizou desde os tempos da Portaria 3.046 do INAMPS, fica explícita nas contratações. Ou seja, há um perfil traçado pela Autarquia nestas contratações - para médicos consultastes - em que não há participação das unidades. Isto pode levar a conflitos na relação dos gerentes, que recorrem a vários artifícios para contornar o problema, ou seja, para envolver o profissional em novas formas de atuação.

O mesmo aspecto relativo à formação profissional ocorre com os auxiliares que são graduados em cursos tradicionais, com formação e experiência hospitalar, para serem admitidos como auxiliares e enfermeiros para atuarem em unidades básicas. Esses fatos e outros podem ser percebidos como empecilhos a serem enfrentados pelo gerente.

*Eu tinha muito receio, quando eu conheci o GERUS. Porque, é aquela coisa assim, a gerência é uma coisa que te dá medo (...), enfim, passa tempo, e ele não cumpria horário. Ele era ginecologista. **As meninas (auxiliares) nunca tinham trabalhado. Então eram todas recém-formadas no curso de auxiliar.** Então tinha muita dificuldade ainda. E ele era uma pessoa muito difícil de se lidar. Então o que eu fiz: **reuniões como ele e com as meninas, a gente não chegava a lugar nenhum.** Falava, falava, falava, falava, falava, não dava certo. Eu tentei cinco reuniões com ele, individual, a gente conversava. Eu nunca me omiti. **Ele sempre recebeu advertência verbal.** A última ele recebeu*

por escrito. Acho que não é por ele ser médico e eu enfermeira. Eu acho que eu tenho que assumir o meu papel. (...) **Chamei a equipe e coloquei ele no meio e falei: bom, agora vocês vão dizer para o doutor fulano de tal o que vocês acham dele.** E aí elas começaram a falar. Hoje ele é um profissional que dá aula pro pessoal da noite. Tirando dúvidas sobre pré-natal, sobre atendimento à saúde da mulher. Cumpre seu horário. (...) Quando você reuniu a equipe que as pessoas se expuseram prá ele, foi dado um prazo prá ele (...) Hoje, ele é um profissional que participa, que todo mundo gosta, todo mundo aceita (...) Eu posso chegar para o médico e falar: não quero que você faça este horário, eu gostaria que você fizesse este horário, se fosse possível (...) Então eu não tenho este tipo de problema. Eu não tenho médico emburrado. Não tenho médico que atende e vai embora, correndo. Não tenho (...) aqui é uma unidade diferente, o atendimento é diferente, tudo (...) é diferente. É difícil você chegar em uma unidade, que o pessoal cumpre horário. (Entrevista 3)

Na verdade, por exemplo, lá, o horário o médico não cumpria mesmo. **Então a gente tentava fazer um acordo.** Por exemplo, quando eu fui para lá tinha médico que atendia só as famosas 15 consultas, as vezes umas 16 consultas (...) Só que era isso e não importava o que o que viesse depois que não atendia, e daí tinha que encaminhar para algum pronto socorro, algum hospital e às vezes não era caso para isto. (...) Depois a equipe mudou, até por influência minha, a comunidade fez abaixo assinado para tirar uma médica que estava lá. Eu falei **“neste momento eu não tenho poder nenhum, o único poder que eu tenho são vocês, se vocês não registram a queixa por escrito (...)** Eu sempre ouvia muito a comunidade, então quando ia conversar com o médico já ia com um levantamento prévio: está acontecendo isto, isto, vamos discutir. Não era uma coisa que eu, enquanto gerente, colocava uma imposição, **sempre havia algum respaldo da comunidade,** alguma queixa, alguma coisa assim. Eu acho que este é o papel do gerente, de você ser um intermediário entre a comunidade e a sua equipe (...). Teve um tempo que gente buscava fazer um levantamento das necessidades de algumas pessoas que precisavam receber visitas e passava para ela fazer, e era uma coisa que ela se sentia muito bem fazendo. Já não se sentia muito isso com relação a pediatra. A pediatra já era com mais restrição, fazia só em último caso, falava que criança dava para carregar até o posto. Então já havia uma resistência. Não incorporou aquela coisa de ver o paciente na sua casa, no seu ambiente... (Entrevista 5)

Na questão relativa aos recursos humanos, finalmente, chama a atenção a postura adotada pelos gerentes que, de alguma forma, como já dissemos, se converte em estratégias, para a cooptação dos servidores na proposta. Embora isso seja reconhecido como sua atribuição, sentimos que suas iniciativas, com algum resultado positivo, são devidas de uma parte, à autonomia do nível local e, de outro, à incapacidade do nível central numa melhor definição sobre o assunto.

Um primeiro item que tentamos identificar, foi se estava garantida aos gerentes - no caso, enfermeiros - a autoridade que o cargo lhes conferia, com relação aos médicos. As opiniões variaram desde ser um impedimento mais forte até uma relação mais cooperativa.

... depois de tempos, quando você vai prá parte administrativa, que você tenta administrar tudo, **o primeiro entrave que a gente tem é a relação médico-enfermeira.** Você acha que é uma coisa assim, muito difícil. (Entrevista 3)

... eu vejo assim: não há dificuldade em ser uma enfermeira que assuma gerência. Tudo é questão do perfil da enfermeira. Só uma enfermeira que tem aquela coisa pré-concebida de que ela é inferior ao médico (isto é uma postura muito comum em certas enfermeiras) realmente a enfermeira muitas vezes não se coloca como um profissional igual. Tem suas atribuições, funções diferentes do médico. Para mim é muito claro, a enfermeira tem um papel e o médico tem outro papel, e eu consigo ver muito claramente essa diferença. Como gerente eu não vejo que seja um empecilho você ser gerente enfermeiro e ter médicos. (Entrevista 5)

Eu acho o seguinte, o pessoal respeita, a questão de gerente local, apesar de que nem sempre adere, participa junto nos programas, assim, mas eu penso que há um respeito. (Entrevista 6)

Na época eu não tive problema na minha unidade, até porque a gente já tinha uma história de estar lá há uns 4 anos, então já tinha um certo respeito, uma confiança dos profissionais e lá, de uma certa forma, a gente já fazia um pouco esse trabalho de coordenador sem ter um nome, e a gente não teve dificuldade, **mesmo os médicos** e o pessoal da odontologia acabaram aceitando bem essa proposta. Agora no contexto vai muito da pessoa mesmo. A gente sabe que tem médicos que não respeitam mesmo, independente de qualquer autoridade, pode ser inclusive uma outra autoridade médica, eles não respeitam. Infelizmente o perfil do profissional realmente é ruim, então, esses você não vai conseguir nunca impor autoridade pelo próprio perfil dessas pessoas. (Entrevista 4)

A escuta das experiências no intuito de detectar, a postura do gerente no relacionamento com a equipe, para contornar os problemas, permitiu-nos uma visão do caráter democrático no perfil dos gerentes. Isto se reflete no trato com a equipe e com a comunidade.

O que eu aprendi aqui é que não adianta você chegar e falar: olha, nós vamos fazer isso. Não dá certo! O que tem que fazer é que a sua equipe se sinta responsável, que ela sinta a mesma necessidade que você enquanto gerente. E, isso você só consegue com reunião, com exposição dos problemas, eu nunca omiti nada. (...) A gente sempre trabalha em equipe, são mais três enfermeiras, então tudo é discutido em reunião. Eu nunca cheguei pra minha equipe e falei assim, por exemplo: eu quero que a gente faça um programa da saúde da mulher, tá? Então como é que a gente faz isso: pegando dados. Então pega dados (...) deles. Olha, nós tivemos óbitos neo-natais o ano passado, tivemos vários óbitos neo-natais. Então onde está nossa sala? A nossa sala é aonde? A nossa sala é no atendimento da saúde da mulher. Então este ano a nossa meta é implantar um programa de assistência à saúde da mulher (...) Mas isto é uma coisa que amadurece. Que eles sentem a necessidade, que eles começam a se cobrar. Porque é muito sensível isto. Eles começam a demonstrar necessidade. Então acho que isto é o papel da gerente. É saber negociar. (Entrevista 3)

Você tem que abrir espaço para que as pessoas também participem. O que a gente percebe às vezes é que muitas pessoas quando estão num cargo (...) que tem certo poder, ela se fecha, só ela sabe tudo, e não dá oportunidade pra ninguém. (...) E não é por aí. Eu acho que é justamente isso, estar aberto para estar recebendo sugestões e opiniões do seu trabalho (...). Estar conscientizando, estar sensibilizando os profissionais para este tipo de trabalho. Você vê, é uma unidade onde não tem que se cobrar horário de ninguém, todo mundo cumpre os horários. Os médicos cumprem o horário,



*dentista cumpre seu horário. Permanece quatro horas dentro de uma unidade. Então é uma unidade onde você conseguiu incorporar mesmo aquela visão: existe uma autoridade, eles sabem respeitar esta (...) Então eu não preciso chegar para uma auxiliar, por exemplo, e falar: olha, você tem que fazer uma visita domiciliar, pelo contrário: olha, eu tenho uma visita domiciliar, eu posso ir? Então existe uma diferença. Por que teve todo esse trabalho de territorialização. Então todo mundo conhece o local onde trabalha. Tem alguns que agora, houve uma troca, mas a gente sabe que existe esse compromisso. Conhece a necessidade do bairro, conhece a comunidade, participa das reuniões, sabe quem são os líderes dentro da comunidade. Então acho que é este o papel da gerência. (...) O funcionário tem estímulo, ele se sente animado, o dia que você chegar e propor uma coisa pra ele, ele vai concordar. Então acho que isto é negociação. É você mostrar pra ele também, que você também pode fazer isto, que você faz para que ele possa se desenvolver (...) Isto a gente consegue. Então o pessoal aqui, eles fazem palestras de planejamento familiar. Então o dia que é a palestra de casais, por exemplo, que eles vão abordar (...), então eles montam caixinhas com preservativo, sabonete, escovinha de dente, material, sorteiam no final. Isto é idéia deles! Surge deles! Então você vê que, isto que eu acho que é, realmente, que você vê onde tem um gerência. Você vê que as pessoas conseguem se desenvolver, conseguem trabalhar. (Entrevista 3)*

*E com relação aos auxiliares, a equipe que eu trabalhava não era muito grande. Eram três auxiliares e um agente de saúde. O agente de saúde era uma coisa muito boa (...) que ajudava demais a gente. Mesmo porque você não consegue estar visitando e vendo, fazendo levantamento. Ele realmente servia de ponto entre a comunidade e a unidade. Agora os auxiliares tinham muita resistência no começo. Depois eu fui puxando, levava um para fazer visita, levava outro. Daí eles começaram a gostar mais de sair da unidade de ver a situação, de ir lá e prestar algum atendimento nas casas. (Entrevista 5)*

Outro aspecto do perfil dos gerentes permitiu-nos verificar os limites em que se coloca esta questão democrática com relação aos comportamentos mais corporativos e às relações mais pessoais dentro da equipe.

*E negociar não é impor. (...) Você tem que saber ser autoritário. Você tem que saber ser democrático. (...) e às vezes você tem que ser um misto de autoridade e democrático (...), a gente discute tudo. Nada passa: se vai mudar, se vai ter uma reforma, se o médico vai mudar de horário. É solicitado sempre que eles contribuam, como que seria melhor, como vocês acham que o serviço andaria melhor, pra gente agendar as consultas desta forma (...). Então eles têm uma participação ativa, eu acho que isto também é o papel. Você não é visto como aquela coisa: não! Chefe! Todo mundo brinca, todo mundo ri. O momento de brincar, é de brincar. O momento de falar sério é de falar sério. (Entrevista 3)*

## **A gerência e a relação com o nível central**

Nessa oportunidade, no desenho do roteiro, pretendíamos verificar como se inseria no novo modelo, a intersetorialidade.

Por um lado temos o relato da experiência que procurou dar ao novo modelo novas formas de atenção à saúde, que consistiam, em retirar da consulta médica, o caráter de hegemonia ou de exclusividade. Teríamos assim, uma nova atuação relativa a uma reorganização das atividades com a estruturação de programas, agora com características horizontais, apesar do pouco controle dos recursos pelos gerentes. E isto se tornou possível desde a realização das oficinas, com o levantamento de problemas selecionados de acordo com a própria vivência das unidades e, portanto, relativos às doenças. Foram exemplos os programas para grupos de diabéticos, hipertensos, entre outros. Esta escolha permite, a nosso ver, a nova orientação dentro dos moldes propiciados pela racionalidade médica. Ou, em outras palavras, os citados problemas não potencializam uma ação intersetorial mais efetiva, embora avancem no sentido de atendimento individualizado, operando em equipe e com grupos da comunidade.

Por outro lado, vimos na experiência, que o problema definido no processo de territorialização foi caracterizado pelas informações dadas pela epidemiologia. Apesar dos limites da própria epidemiologia dados pelo enfoque de risco, o conhecimento de alguns coeficientes por parte das unidades abre a perspectiva de uma forma de atuação que possibilite incorporar a intersetorialidade e, por isto, torna estas ações muito mais dependentes do nível central. Da mesma forma pode permitir ou facilitar ações junto à comunidade.

Embora as mudanças na Autarquia tenham sido encaminhadas para uma maior autonomia com relação à administração direta, elas não foram suficientes para propiciar um maior desempenho por parte das unidades, de um lado, por não ter havido descentralização de recursos para as unidades básicas e, de outro, por entraves no relacionamento entre os níveis hierárquicos.

*Com relação às articulações do gerente com o nível central, é interessante isso. Por que? Qual que é a finalidade de uma secretaria de saúde? É prestar assistência. Então o gerente local deveria ser a figura principal, já que finalidade é a assistência. Mas o que eu sentia e ainda sinto até hoje, é que na verdade os departamentos financeiros, departamento de compra, de manutenção, eles ficam com um rei na barriga, eles se sentem, como se fossem o fim da Secretaria. Na verdade ocorre uma inversão de valores dentro desta instituição. Por exemplo, quando você faz uma solicitação ao departamento financeiro ou qualquer outro, parece que eles estão fazendo um grande favor a quem está na ponta, quem está na gerência local. Sendo que na verdade eles existem ali por causa da unidade local. Então na época eu senti muita dificuldade em ser atendida nas solicitações, porque daí esbarrava sempre em questões burocráticas (...) quem presta serviço não sabe o que ocorre no nível central, não sabe administrar, não sabe os problemas. Eles ouviam, mas a nível de efetivarem as coisas, realmente a gente não sentia uma vontade ou uma abertura de fazer as coisas, ou seja, de mudar as coisas mesmo. (Entrevista 5)*

Quanto às demandas intersetoriais, a Autarquia não consegue se impor como articuladora aos demais setores.

*E a nível de demandas intersetoriais, a gente não tinha nenhuma referência. Por exemplo: se levantava lá que precisava de mais segurança (...) Mas não se sentia nenhum incentivo do nível central que a gente fizesse estes contatos com outros setores da prefeitura (...) e, também, não havia alguém de referência que a gente sabia que faria isto, que seria o porta-voz das necessidades intersetoriais. De estar colocando para outras secretarias, outros serviços, aquilo que a gente havia constatado. (Entrevista 5)*

*Na verdade, quem acabava fazendo essa costura era o diretor executivo da Autarquia, ou mesmo, o diretor superintendente, pelo fato que os outros serviços próprios da prefeitura não reconheciam, ou não conheciam, o papel da função do gerente; então era meio esquisito você se apresentar na Secretaria da Fazenda (...), o pessoal não reconhecia, não sabia o que era isso, até pela questão política era mais fácil você demandar isso para o diretor superintendente e executivo da Autarquia para eles poderem fazer esta interface. (Entrevista 4)*

Este fluxo direto dos níveis regionais com a superintendência, a nosso ver, cria um sério dilema para o executivo no que concerne ao planejamento de ações tendo em vista a plethora de itens que se colocam em sua agenda.

*Então dava exatamente aquela sensação de impotência. Você levanta, você vê a demanda e daí o que você faz? Não fazia nada (...) Não existia uma **câmara intersetorial** para encaminhar as coisas. (Entrevista 5)*

Diante da pouca perspectiva de atuação intersetorial na utilização dos canais formais da Autarquia, os gerentes tentam a articulação pretendida e considerada como atribuição inerente ao cargo. As estratégias para esta articulação têm variações, que se expressam de acordo com a voluntariedade de cada gerente e de suas condições locais.

*Nós tivemos um problema sim. O subprefeito na época era bastante envolvido com a comunidade, estava fazendo um trabalho muito bom e a gente tinha um bom relacionamento. Então, basicamente, tudo que a gente solicitava a ele, ele resolvia pra nós (...) É, nós tivemos o problema da coleta de lixo, que foi o problema, um problema administrativo e tal..., ele resolveu fazendo o que? Contratando umas frentes de trabalho para fazer esta coleta do lixo, já que tinha um problema da AMA, (Autarquia do Meio Ambiente), ele contratou e gerenciou e conseguiu que fosse garantido a coleta. A questão do transporte coletivo (...) tinha ônibus de manhã e de tarde, quem vinha para a cidade de manhã só podia voltar de tarde (...) problema de transporte de pacientes que vinha para cá e dependia do transporte da Secretaria para levar o paciente, para fazer uma consulta de referência de especialidade (...) então ele gerenciou isso, juntamente com a prefeitura. (Entrevista 7)*

Na área urbana não existem as representações administrativas regionais da Prefeitura que poderiam atuar nesta interface com outros setores. O mecanismo informal passa a ser uma estratégia importante nos locais onde há participação popular.

*A comunidade aqui é extremamente organizada. Eu sempre trabalhei com eles no sentido de estar responsabilizando a comunidade pela sua própria saúde. Então a gente se organiza aqui pelo Conselho de Entidade. E dentro deste Conselho de Entidade, existem várias comissões (...) Então, quando estes problemas chegam até ao meu conhecimento, eu procuro fazer com que a comunidade tome conhecimento, e que a comunidade também resolva. Então, quem faz essa averiguação, na realidade, não sou eu (...) (Entrevista 3)*

*O lixo por exemplo, o problema do lixo e do esgoto. É como eu te falei, existe essa comissão. Então a gente não trabalha sozinho. Então nestas reuniões do Conselho de Entidades, a gente determina quem que vai para tal lugar, muitas vezes eu já fui para a reunião como eles (...) agente de saneamento da SANEPAR (...) aí vai um pessoal para Curitiba. Esse Conselho de Entidades é um grupo de entidades que determina o que vai ser feito. (Entrevista 3)*

*Então quer dizer, a gente participa de tudo. Então a gente procura fazer com o que a comunidade também se responsabilize. Porque também eu não posso sustentar muitas vezes. Eu posso tentar encaminhar, eu entro em contato com a AMA, converso (...) sou eu falando, enquanto serviço (...) Agora a gente nota a surpresa muito maior quando a comunidade vai, porque daí eles sabem que estão lidando com alguém que sabe, que conhece, que está ali. É uma coisa espetacular, porque eles têm um conhecimento de tudo, de leis. Olha, a reunião que veio um candidato falando que eles não iam pagar o saneamento: não, nós queremos pagar o saneamento! Nós vamos pagar! Então eles têm consciência que não é tudo dado, sabe? (...) Então é um pessoal assim que vai mesmo, que briga (...) todos os problemas são discutidos, todos, todos, todos. Inclusive nossos problemas. Se eu estou tendo problemas com o médico, o médico que não está cumprindo horário, médico que não atende criança (...) Até assim, como que a gente poderia trabalhar com a gestante, o quê que a gente vai fazer para chegar nessa gestante. Então isto é levado ao Conselho de Entidade e o Conselho de Entidade ajuda a gente. (Entrevista 3)*

## **Reorientação nos mecanismos de participação**

### **Estímulo à participação popular: as oficinas, as conferências e os conselhos**

O envolvimento da comunidade nas discussões sobre saúde permitiu que a administração delineasse um quadro dos problemas e das necessidades da população para o setor. Esses problemas foram resultantes de processos distintos tais como: oficinas de territorialização, conferências populares e as conferências municipais, convocadas pelo

executivo. Todas as oficinas, realizadas nos anos de 1993 e 1994 tiveram como resultado o levantamento de problemas da sua área de abrangência. De um modo geral havia, em termos metodológicos, a necessidade da definição ou da caracterização da população da área, das barreiras de acesso (culturais, geográficas, entre outras), dos recursos existentes na comunidade (banco, creches, associações, ginásio de esportes, etc.), caracterização das microáreas de risco e levantamentos de problemas e propostas. Algumas oficinas chegaram a nível melhor de detalhamento das propostas, definindo até mesmo algumas ações a serem desenvolvidas bem como os órgãos a serem envolvidos nas ações.

Uma questão importante a ser considerada, é saber qual é a concepção que a população ou seus representantes, no caso os conselhos, tem sobre saúde. Isto porque há uma certa convicção de que a população torna mais evidentes as suas necessidades mais imediatas. Em outras palavras, suas necessidades estariam traduzidas em reivindicações por mais postos de saúde, médicos, medicamentos, entre outros, ou seja, dentro de uma concepção que, poderíamos dizer, faz parte da concepção de saúde como ausência de doença e que, por conseguinte, será resolvida através da assistência médica.

Pelo que até aqui foi discutido, a mudança do modelo assistencial propõe uma nova atuação em saúde, de concepção mais abrangente, que visa a promoção da saúde, contrapondo-se ao modelo médico hegemônico, no sentido da reforma do setor.

Analisando as propostas oriundas do movimento popular organizado em Londrina, em termos das necessidades da população, observa-se que, além daquelas consideradas próprias da atenção médica, são registradas na 1ª Conferência de Saúde da região sul de 1991, necessidades relativas a emprego, educação e outros equipamentos sociais, transporte e pavimentação. Destaca-se, ainda, que as ações de **vigilância sanitária e epidemiológica** naquela época de responsabilidade da 17ª Regional de Saúde, eram consideradas como necessidades da população como **prevenção das doenças**. (Quadros 3 a 7)

Quadro 3 - Propostas de emprego pelo Conselho Popular - 1991.

MOTIVO	ANO	CONF	PROPOSTA
EMPREGO	1991	1ª CRS	Instalação de <u>indústrias não poluentes</u> na zona urbana sul e nos distritos de São Luiz, Irerê, Paiquerê, Lerroville, Maravilha e Tamarana para absorver a mão de obra excedente e fixar as famílias no local. (grifo nosso)

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996

Quadro 4 - Propostas de educação pelo Conselho Popular - 1991.

MOTIVO	ANO	CONF	PROPOSTA
EDUCAÇÃO	1991	1ª CRS	Ensino supletivo de 1º grau na Escola Municipal Dalva Fahl Boaventura do Conjunto das Flores. Ensino Regular de 2º grau noturno, nos Distritos de Irerê e São Luiz e no Conjunto Cafezal, com toda a infra-estrutura necessária (salas de aulas, secretarias, bibliotecas, cantinas, sanitários e quadra de esportes).

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996

Quadro 5 - Propostas de outros equipamentos sociais pelo Conselho Popular - 1991.

MOTIVO	ANO	CONF	PROPOSTA
OUTROS EQUIPAMENTOS SOCIAIS	1991	1ª CRS	Construção de creches no Jardim União da Vitória II, III e IV e nos Jardins: Perobal, Itapuã, Jatobá, Campos Eliseos, Del Rey e Nova Conquista e Conjunto Cafezal IV. Área de lazer e esportes em todos os bairros e comunidades rurais.

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996

Quadro 6 - Propostas de transporte e pavimentação pelo Conselho Popular - 1991.

MOTIVO	ANO	CONF	PROPOSTA
TRANSPORTE E PAVIMENTAÇÃO	1991	1ª CRS	Nova linha de ônibus no Conjunto das Flores e aumento de frota na linha 210 (União da Vitória). Núcleos de Vivência do Idoso sendo um na região do KM 9, um na região do Califórnia, um na região dos Cafezais e dois na região dos Três Marcos. Asfalto no Conjunto Cafezal IV e Jardins: União da Vitória, Novo Perobal, Tarobá, Campos Eliseos, Santa Joana, Cristal, Jatobá, Del Rey e ruas desprovidas deste benefício em outros bairros.

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996

Quadro 7 - Propostas referentes à prevenção de doenças pelo Conselho Popular - 1991.

MOTIVO	ANO	CONF	PROPOSTA
MODELO	1991	1ª CRS	Intensificar as <u>ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica</u> e capacitar os profissionais de saúde da região e membros da comunidade para atuação conjunta visando a <u>prevenção de doenças</u>

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996

Essa mesma questão pôde ser evidenciada por ocasião das propostas das pré-conferências de bairros e da 2ª Conferência de Saúde da região sul como subsídio à 3ª Conferência Municipal de Saúde, que, como já vimos, tinha como tema a mudança de modelo assistencial.

São encaminhadas propostas para a melhoria dos serviços da região (hospital da zona sul e postos de saúde) e para a saúde em geral, dentre as quais destacamos aquelas consideradas mais diretamente ligadas à **promoção, proteção e recuperação da saúde**.

#### *PRIORIDADE 1*

**Quanto aos Postos de Saúde:** maior atuação na área preventiva (enfermagem e odonto): orientação quanto à medicina preventiva (fitoterapia); cursos para alimentação alternativa na comunidade (Secretaria da saúde); visitas domiciliares para atendimento dos pacientes impossibilitados de ir ao Posto de Saúde; cursos de formação de saúde para a comunidade, entre outros.

*Saúde em geral:* campanha de conscientização de saúde através dos meios de comunicação; melhoria nas favelas. Favorecer discussões junto à Federação das Favelas, Associações de Moradores, Cooperativa Habitacional (COHAB), Prefeitura, com a participação dos governos estadual e federal; vaca mecânica; uma melhor alimentação para a população carente, geração de empregos. (sic)

*Saneamento Básico:* continuar lutando pelo saneamento básico em toda a região sul de Londrina (coleta de lixo, rede de esgotos, limpeza das galerias); revitalização do fundo do vale do Saltinho; desenvolver trabalho de reciclagem de lixo (troca de lixo por alimentos, leite...); maior atuação da Sucan na eliminação de focos de insetos em terrenos baldios e matagais. Intensificação das visitas preventivas; maior atuação da AMA e na eliminação dos matagais e fiscalização do meio ambiente.

#### *PRIORIDADE 2*

*Serviço de pavimentação:* asfalto no Perobal, Campos Elíseos, Cristal, Franciscato e Jatobá;

*Creches:* construção de creches nos bairros onde não existem e organizar os demais com berçários, médicos... [sic]

*Educação:* 1º grau completo nas escolas do período diurno;

*Segurança:* segurança 24 horas para o Jardim União da Vitória, policiamento em todos os bairros;

*Transporte coletivo:* ônibus no Jardim Franciscato

*Habitação: revisão de moradia e necessidade de uma viela (Nova Conquista)*

*(Pré-Conferência..., 1993, p. 5-7)*

Com relação à experiência mais recente, são ilustrativas as afirmações sobre a percepção da população quanto à saúde, na ótica dos entrevistados neste trabalho:

*... vou te dar um exemplo que eu acompanhei mais de perto que é a Unidade Básica de Saúde do Parque das Indústrias Leves: nas primeiras reuniões do Conselho Local de lá (...) eram aquelas reuniões de reclamação, sabe? (...) Na base da cobrança. Tem que ter isso, tem que ter aquilo, tem que ter mais médico. Fundamentalmente tem que ter mais médico. (...) Ai você vai, com a maior paciência, e daí você vai colocando outros problemas na pauta da reunião: - Olha, mas a gente também queria discutir isso, queria discutir aquilo, o oficina de territorialização mostrou isso, mostrou aquilo, como é que a gente faz? (...) Enfim, o movimento como um todo ali na Região Sul, especialmente nas últimas reuniões do Conselhos Locais, as pautas eram assim: reunião para discutir crianças cheirando cola na área de abrangência, água servida escorrendo na rua, então problema de vigilância sanitária, questões que já não estavam dentro das paredes do Posto, como horário de atendimento, já tinham ultrapassado aquela fase de controlar, vamos dizer assim, o funcionamento da Unidade. (Entrevista 2)*

Por outro lado, o esforço da gestão para o planejamento do setor é considerado sob o ponto de vista da administração como inerente ao processo democrático.

*Agora, descentralização e democratização, pra mim, são duas partes de uma mesma moeda onde você vai descentralizando as informações, descentralizando as discussões, descentralizando poder e, portanto, você vai democratizando, porque mais pessoas passam a ter acesso, as pessoas que estão envolvidas não só dentro da Unidade mas da comunidade, porque elas também passaram a participar (...) como aquela coisa do caminho se faz ao andar, mas você tem um rumo. Se faz ao andar mas você sabe que não pro sul que você tá indo, é pro norte ou é pra um lado ou é pra outro. A direção tá dada agora, o que vai acontecer no meio do caminho, não é?, você não pode prever... (Entrevista 2)*

Se, por um lado, há o estímulo da administração à participação popular na identificação de suas necessidades, há, por outro, uma instância de deliberação diante de tais necessidades asseguradas pela constituição dos conselhos municipais de saúde que, como já observamos, foram criados em 1991.

Uma primeira aproximação da atuação destes conselhos diz respeito à assiduidade de suas reuniões, destacando-se o ano de 1995, ano em que, no seu final, é efetivada a municipalização e na qual são realizadas 11 reuniões ordinárias e 6 reuniões extraordinárias. (Tabela 23)



Tabela 23 - Número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Londrina, 1993-96.

ANO	REUNIÕES ORDINÁRIAS	REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS	TOTAL
1993	7	2	9
1994	6	2	8
1995	11	6	17
1996	9	1	10

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996.

Os anos de 1993 a 1996 colocam o Conselho definitivamente como um órgão importante no direcionamento da política de saúde municipal, através de suas deliberações e proposições no fortalecimento do Município e seus gestores rumo à consolidação do processo de municipalização, numa perspectiva da descentralização institucional estudada.

Fundamentalmente, para este aumento da capacidade do Município para se credenciar à postulação da gestão dos serviços municipais, destaca-se, além da exigência por parte da NOB/93, da constituição dos conselhos, a criação do Fundo Municipal de Saúde e a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Em outras palavras, a questão legal quanto à criação do Conselho e do Fundo, já estava superada desde 1991. No entanto, o fortalecimento da proposta de municipalização, a nosso ver, independente do aspecto legal, estava na dependência do esforço e das realizações efetivamente levadas a efeito. Assim, o Plano Estadual de Saúde estaria em melhores condições de ser implementado, dependendo do nível de discussão empreendido para a sua aprovação, com efetiva participação do Conselho.

No entanto será abordada, cronologicamente, a atuação do Conselho para a estruturação do Plano Municipal de Saúde, para a efetivação do Fundo e para a condução do processo visando a mudança de modelo assistencial.

No próximo capítulo serão detalhadas as principais discussões e deliberações tomadas pelo Conselho em vista da demanda no setor.

O **Plano Municipal de Saúde** começa a ser elaborado a partir da proposição da Comissão Executiva do Conselho em março de 1993. O Quadro 8 descreve a cronologia na elaboração do Plano até a data do encaminhamento por parte da gestão municipal da proposta de enquadramento na gestão semiplena. Este Plano foi atualizado em março de 1996, constituindo-se a base para o estabelecimento de prioridades para o biênio 96/97.

Quadro 8 - Pautas e deliberações do Conselho Municipal de Saúde, 1993-96.

REUNIÃO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	ATA	PAUTA	DELIBERAÇÃO
<b>Comissão Executiva</b>	22.03.93	Proposta de Elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)	
<b>Comissão Executiva</b>	29.03.93	Idem	
<b>Reunião Ordinária</b>	10.08.94		Aprovação de Comissão Técnica para elaboração do PMS
<b>Reunião Ordinária</b>	13.09.94	Relato da Comissão Técnica	
<b>Reunião Ordinária</b>	18.10.94		Sobre relato da Comissão Técnica: determinação de 45 dias para apresentação da versão preliminar do PMS
<b>Reunião Ordinária</b>	08.11.94	Relato da Comissão	Entrega aos conselheiros de anteprojeto do PMS/94 para apreciação e aprovação (definição de calendário para finalização do PMS). Deliberação por Reunião Extraordinária para discutir e aprovar o PMS
<b>Reunião Extraordinária</b>	27.12.94	Leitura e avaliação do PMS	Discussão e análise de todas as propostas de alteração e/ou emendas sugeridas para o PMS Aprovação do PMS
<b>Reunião Ordinária</b>	13.02.96	Atualização do PMS	
<b>Reunião Ordinária</b>	19.03.96	Apreciação e discussão do PMS - Biênio 96/97	Aprovação do PMS

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996

Quanto à questão do **Fundo Municipal**, o início das discussões começaram em abril de 1994 e, até a aprovação da gestão semiplena, o Município tinha efetivamente encontrado sua forma de gerir os recursos.

Em reunião ordinária, no mesmo mês da aprovação da gestão semiplena, o Conselho delibera a criação de uma Comissão de Acompanhamento do Fundo, indicada para

acompanhar todos os procedimentos de caráter ambulatorial e hospitalar do Município com prestação de contas mensal ao Conselho. (Quadro 9)

O Quadro 10 resume as discussões ocorridas no Conselho desde abril de 1993 até o informe sobre a homologação da gestão simplena em reunião ordinária em dezembro de 1995, ou mais precisamente até agosto de 1994, quando o Conselho opta pela gestão simplena.

Nota-se que a posição inicial do Conselho, em outubro de 1993, era pelo enquadramento do Município na gestão parcial proposta pela NOB 93. Este encaminhamento não teve retorno por parte do Ministério da Saúde até que, em função das discussões que desde então se desenvolviam sobre a municipalização, houve nova deliberação por parte do Conselho em agosto de 1994, para a aprovação da gestão simplena.

Quadro 9 - Pautas e deliberações do Conselho Municipal de Saúde sobre o Fundo Municipal de Saúde, 1993-96.

REUNIÃO DO CMS	DATA	PAUTA	DELIBERAÇÃO
<b>Reunião Ordinária</b>	11.04.94	Início das discussões sobre mecanismos de gestão de recursos financeiros através do FMS	
<b>Reunião Ordinária</b>	28.12.95		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Aprovação e constituição de Comissão de Acompanhamento do Fundo Municipal de Saúde, (CAFMS), indicados para acompanhar todos os procedimentos de caráter ambulatorial e hospitalar do município</li> <li>. Fica determinado que a CAFMS elabore uma proposta de Regimento, a ser apresentada na reunião seguinte.</li> <li>. A CAFMS deverá prestar contas mensalmente ao CMS</li> </ul>

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996

Quadro 10 - Pauta e deliberações do Conselho Municipal de Saúde sobre a Municipalização, 1993-96.

REUNIÃO/DATA	PAUTA	DELIBERAÇÃO
<b>Ordinária</b> 09/03/93		Aprofundar discussão sobre municipalização, pela importância do tema
<b>Ordinária</b> 27/04/93	Apresentação da proposta da III Conferência Municipal de Saúde Avaliação do documento "A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei"	Aprovação de realização da IIIa.. Conferência Municipal de Saúde. Tema: Modelo Assistencial. Data: a definir
<b>Ordinária</b> 22/06/93	Proposta de Regimento Interno e data da IIIa. Conferência Municipal de Saúde	
<b>Ordinária</b> 05/10/93	Esclarecimentos sobre a Comissão Intergestores Bipartite	Municipalização da Saúde: aprovação pelo CMS de encaminhamento para enquadrar o município de Londrina na <b>Gestão Parcial</b> .
<b>Ordinária</b> 07/12/93	Informe sobre: - assinatura de Convênio de Municipalização do Serviço de Vigilância Sanitária; - Projeto de Territorialização em curso	
<b>Ordinária</b> 11/04/94	Municipalização da Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária em Londrina - Relato	
<b>Extraordinária</b> 05/07/94	Discussão sobre gestão semi-plena para o município	Processo de municipalização e Gestão semi-plena: aprovação de realização de seminário "Municipalização: Rumo à Gestão semi-plena".
<b>Ordinária</b> 10/08/94	Início de encaminhamento do pleito da PML à Gestão Semi-plena	<b>Aprovação unânime, pelo CMS, do pleito à Semi-plena</b>
<b>Ordinária</b> 18/10/94	Organização e realização da Oficina de Planejamento Estratégico, Grupo de Gestão Semi-plena, Grupo de Modelagem de Gestão de Serviços, Grupo para melhorar a Qualidade de Assistência - Gestão Semi-plena: Parecer favorável da Comissão Intergestores Bipartite	
<b>Ordinária</b> 08/11/94	Relato do processo de encaminhamento da Gestão Semi-plena: projeto encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite	
<b>Ordinária</b> 13/12/94		
<b>Ordinária</b> 12/09/95	Discussão sobre teto financeiro para assunção da Gestão Semi-plena pelo Município de Londrina Apresentação detalhada de dados sobre atendimento hospitalar e ambulatorial no setor público, privado e filantrópico num período determinado (janeiro a julho/95) Elaboração de cálculos e estabelecimento de critérios para determinar teto financeiro. Informes sobre o processo de aprovação para assunção de Semi-plena e detalhamento sobre esta modalidade de gestão.	Aprovação de realização de discussão, com outros municípios sobre a Gestão Semi-plena
<b>Ordinária</b> 13/11/95	Apresentação de proposta de teto financeiro para Gestão Semi-plena	Decidido que a ASMS irá negociar com as instâncias competentes, um percentual de teto financeiro com vistas à Semi-plena par a Londrina
<b>Ordinária</b> 28/12/95	Apresentação da Portaria no. 155 de 12/12/95, onde a Comissão Intergestores Tripartite aprova, para 04 municípios, a condição de Gestão Semi-plena: Londrina-PR; Cacoal-RO; Itararé-SP e Ribeirão Preto-SP. A Portaria é retroativa a 01/12/95	

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996

Observa-se que não houve, especificamente, discussão nas reuniões do Conselho sobre a **mudança de modelo assistencial**. Contudo, há a proposta da Comissão Executiva, para que a III Conferência Municipal de Saúde tenha como tema central o “Modelo Assistencial”, proposta esta acatada pelos membros do Conselho.

Assim, na observação das atas das reuniões do Conselho, pôde-se verificar que o tratamento dado à questão do modelo assistencial é tangencial, uma vez que os problemas mais eminentes tratados pelos conselheiros dizem respeito à prestação de serviços, particularmente aos procedimentos médicos e hospitalares, como veremos adiante.

## CAPÍTULO 3 - AS DESCONTINUIDADES DO PROCESSO

No esforço para a reordenação do modelo foi possível identificar algumas descontinuidades que impediram uma melhor orientação da proposta, destacando-se em primeiro lugar a dissociação entre a ponta e o nível central. Em outras palavras, uma descontinuidade entre as gerências, próximas ao nível operacional (unidades básicas) e a direção (considerada a superintendência, diretoria e o próprio colegiado de gestão). Em segundo lugar a dissociação dos problemas ou necessidades da população das ações propostas por seus conselhos representativos, ou entre o levantamento de problemas nas várias instâncias populares e as ações desenvolvidas pelo Conselho Municipal de Saúde. E, finalmente, em terceiro lugar, uma discrepância das formas de gestão que se sucedem em cada ciclo eleitoral.

### **A não-descentralização para as unidades básicas**

A descontinuidade entre a gerência e a direção está, a nosso ver, relacionada a vários fatores. Primeiro, à **centralização** dos recursos por parte dos departamentos (e das relações pouco conectadas, referidas ao departamento administrativo e financeiro). Segundo, à **ausência** de uma intermediação entre a gerência da unidade e a direção. E, nela, a nosso ver, à possibilidade da articulação intersetorial. A formação de recursos humanos com capacidade e competência para exercer esta articulação, de acordo com as estratégias definidas pela direção, nos parece fundamental. Os níveis de direção partilhariam destas ações na excepcionalidade para o não-comprometimento de suas agendas. Terceiro, à centralização das atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, que deveriam ser desenvolvidas nas próprias unidades. Assim, a intermediação por nós referida não teria a característica de articular as ações assistenciais e de promoção. Durante o processo, essa tentativa foi feita através da criação de uma coordenação regional nos quadros da Autarquia. Para nós, essa função deveria ser desempenhada pelos gerentes, na organização de seus processos de trabalho, definindo suas ações a partir dos problemas detectados junto às comunidades, segundo a proposta.

## **A estrutura decisória**

A descontinuidade na estrutura decisória, aqui, é considerada como o distanciamento entre as necessidades da população e as deliberações e ações do Conselho.

O resumo das discussões e ações do Conselho permite-nos afirmar que todo o direcionamento dado vai ao encontro de problemas advindos da assistência médica e hospitalar, em detrimento de outras questões da própria assistência médica e, em sentido contrário, às considerações populares, já descritas no capítulo 3 da Parte I.

## **O conselho municipal e o relacionamento com o setor privado**

Um aspecto considerado fundamental refere-se ao relacionamento do setor com os hospitais credenciados para o atendimento ao SUS. Várias situações de conflito que vão desde a questão leitos hospitalares (falta de leitos/disponibilidade para o SUS), até a precariedade do atendimento prestado pelos profissionais médicos, até a crise financeira vivida pelos hospitais, resoluções essas que vão assegurando ou desenhando os avanços e retrocessos do setor no atendimento à população no processo de municipalização.

Ressalte-se que no âmbito interno da Autarquia há um encaminhamento para a formação de recursos humanos - auditores - para melhor exercer o controle sobre os hospitais, através de capacitação oferecida pela Secretaria de Estado da Saúde. Em julho de 1995, através da Lei 6.236, é criado o Departamento de Planejamento, Programação, Avaliação e Controle, em cuja regulamentação - Decreto nº 765, de 31 de outubro de 1995 - é criada a Divisão de Auditoria com os Setores de Auditoria Médica, Odontológica e Administrativa, além do setor de Central de Informações sobre Leitos Hospitalares (CILH).

## **A questão dos leitos hospitalares**

Em Londrina, um assunto bastante relevante refere-se à utilização de leitos ou à disponibilidade de leitos, que tem suscitado vivas discussões. Já no final dos anos 80 houve ampla discussão sobre a falta de leitos em Londrina. Embora não se tenha algum consenso

sobre essa necessidade, considera-se que o Município capacitou-se para melhor controlar a utilização dos leitos existentes e disponíveis para o SUS. Mais do que isto, se houve uma relativa perda de leitos nos setores filantrópicos e privados, o Município amplia a disponibilidade de leitos públicos, ao mesmo tempo que procura exercer um melhor controle sobre a utilização dos leitos disponíveis. E com referência ao controle, fica evidente que não se tratou simplesmente de uma medida de utilização de recursos tecnológicos da informática, mas de uma ação em que a comunidade representada no Conselho foi fundamental na sua implantação.

Identificaram-se vários meios utilizados pelo Conselho na sua atuação sobre a questão dos leitos para um melhor controle da situação. Destacam-se as iniciativas para o diagnóstico da situação através de reunião com o Conselho Estadual e a visita aos hospitais: a formação de uma comissão com prazo determinado para elaboração da proposta; a decisão da implantação; o acompanhamento do cumprimento das deliberações; e a busca de apoio parlamentar às mesmas. Nos Quadros 11 e 12 são descritas as ações do Conselho em decorrência da polêmica sobre os leitos hospitalares.



Quadro 11 - Pauta e deliberação do Conselho Municipal de Saúde sobre a assistência hospitalar, 1993-96.

REUNIÃO/DATA	PAUTA	DELIBERAÇÃO
<b>Ordinária</b> 08/01/93	Reunião com representantes do Conselho Estadual de Saúde para avaliação da assistência Hospitalar em Londrina  Visitas ao Hospital Evangélico, H. Universitário, Irmandade Santa Casa. Maternidade Municipal Lucilla Balallai (MMLB) e Centro de Saúde Municipal José Belinatti	Manutenção da MMLB como Hospital Materno-Infantil  Encaminhamento de credenciamento da MMLB pelo SUS  Agilização de encaminhamentos relativos à assistência hospitalar (incluindo alocação de RH e implementação de salários)
<b>Ordinária</b> 27/04/93	Relato da Comissão Executiva sobre avaliação do Atendimento Hospitalar	Aprovação de reunião da Comissão Executiva/CMS com todos os hospitais da cidade para discussão da situação do atendimento hospitalar em Londrina
<b>Ordinária</b> 12/08/93	Estudo de Leitos Hospitalares em Londrina. Realização de Seminário/Consultoria por representante da OPAS em setembro/93	
<b>Ordinária</b> 13/12/94	Discussão de documento enviado pela 17ª R.S., sobre a questão de leitos hospitalares em Londrina	
<b>Ordinária</b> 10/01/95		Aprovação de realização de Reunião Extraordinária do CMS (170195) tendo como pauta única a discussão de leitos e vagas hospitalares em Londrina-Pr
<b>Extraord.</b> 17/01/95	Leitos e vagas hospitalares em Londrina  Apresentação de estudo efetuado pelo consultor da OPAS sobre os hospitais de Londrina e região  Apresentação de duas propostas para a criação da Central de Leitos Hospitalares (pelo DPAC e Irmandade Santa Casa)	Aprovação da criação da Central de Leitos Hospitalares. Criado Comissão para fornecer detalhes da operacionalização da Central
<b>Ordinária</b> 21/02/95		Discussão e aprovação do Projeto de criação da Central de Informação de Leitos Hospitalares que estabelece um prazo de um mês para implantação
<b>Ordinária</b> 14/03/95	Apreciação do Regimento da Central de Informação de Leitos Hospitalares  Discussão e análise do art. 3º da lei 5.591  Continuação da análise da situação do HE	Aprovação <i>Ad referendum</i> do Regimento da Central de Informações de Leitos Hospitalares  Deliberação sobre constituição de Comissão Técnica para proceder a Regulamentação da Lei 5.591 de 09/11/93 (leitos hospitalares). Estabelecimento do dia 17 de março como prazo-limite para apresentação de nomes a comporem a Comissão. Prazo de 30 dias para apresentar proposta de regulamentação da lei.
<b>Ordinária</b> 09/05/95		Deliberação pelo envio de correspondência aos hospitais informando da obrigatoriedade de cumprir o Regimento da Central de Informação de Leitos Hospitalares (fornecendo informação sobre o número de vagas)  Encaminhamento de sindicância para apurar caso de atendimento a paciente em Tamarana (meningite)
<b>Ordinária</b> 20/06/95	Avaliação do funcionamento da Central de Informações de Leitos Hospitalares (CILH). Início de funcionamento 04/04/95	Constituição de Comissão para promover estudo e propor medidas sobre atendimento médico hospitalar dos usuários do SUS em Londrina  Recomendação do funcionamento do CILH: efetivação de auditorias e incremento no repasse de informações sobre o número de vagas (leitos) nos hospitais.
<b>Ordinária</b> 13/11/95	Relato Da Comissão Técnica sobre Regulamentação da Lei no. 5.591	

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996

Quadro 12 - Pauta e deliberações do Conselho Municipal de Saúde sobre os leitos hospitalares, 1993-96.

REUNIÃO/DATA	PAUTA	DELIBERAÇÃO
Ordinária 08/01/93		Manutenção da MMLB como Hospital Materno-Infantil Encaminhamento de credenciamento da MMLB pelo SUS Agilização de encaminhamentos relativos à assistência hospitalar (incluindo alocação de RH e implementação de salários)
Ordinária 12/08/93	Estudo de Leitos Hospitalares em Londrina. Realização de Seminário/Consultoria por representante da OPAS em setembro/93	
Ordinária 07/12/93	Problema da Assistência Obstétrica na Região Sul do Município; a situação de carência dos hospitais públicos da Zona Sul, Norte e MMLB	Moção do CMS enviada à Câmara de Vereadores solicitando apoio para MMLB Moção do CMS à Reitoria da UEL para encaminhar convênio UEL/PML/Maternidade Reunião e discussão com a Comunidade da Região Sul para encaminhar questão do serviço de obstetria do Hospital Zona Sul
Extraord. 05/07/94		Aprovação de credenciamento da MMLB junto ao SUS
Ordinária 10/01/95		Aprovação de Comissão Técnica para verificar e encaminhar problemas existentes na MMLB
Extraord. 17/01/95	Relato da Comissão Técnica sobre as condições da MMLB	Aprovação das recomendações elaboradas pela Comissão quanto à MMLB
Extraord. 01/02/95	Atendimento Obstétrico no Município de Londrina (em decorrência da paralisação de atividade da MMLB)	Aprovação de elaboração de documento onde o CMS, em vista da interrupção do atendimento na MMLB e analisando as graves conseqüências daí advindas, resolve pelo restabelecimento do funcionamento normal da MMLB e pela apuração de responsabilidade quanto à paralisação, conforme lei vigente.

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996

## A crise nos hospitais

Apesar de incipiente, o Conselho se deparou com pelo menos duas grandes crises no setor filantrópico onde o conflito colocava em risco o atendimento à população. Uma, de forma mais generalizada, dada à situação de insolvência financeira da instituição e outra, mais específica, onde havia a perspectiva do fechamento da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um dos hospitais.

Da mesma forma, o Conselho pôde recorrer mais uma vez a várias formas de atuação em que houve a ampliação da esfera política na discussão - ampliada para além do Legislativo Municipal - com a atuação do executivo e parlamentares; deliberação por auditorias; proposituras de fórum popular de discussão; denúncias à Promotoria Pública no sentido da garantia do atendimento, entre outras (Quadros 13, 14 e 15).

Quadro 13 - Pauta e deliberações do Conselho Municipal sobre a crise financeira do Hospital Evangélico, 1993-96.

REUNIÃO/DATA	PAUTA	DELIBERAÇÃO
<b>Extraord.</b> <b>10/03/95</b>	Atual situação do Hospital Evangélico de Londrina - HE -. (presença do Prefeito, Deputados Federais, Vereadores e outros representantes da sociedade civil	Aprovação de realização de auditoria no HE, por técnicos da saúde, movimento sindical, parlamentar e popular, para avaliar a crise daquele hospital.  Convocação de Fórum Popular para discussão do problema  Análise, pelos conselheiros dos documentos de consultorias e do detalhamento da dívida do HE  Busca, pelas lideranças políticas, de contato a nível estadual e federal, para negociação da dívida do HE  Proposta de criação de linha de crédito especial com juros subsidiados e antecipação de repasses do SUS
<b>Ordinária</b> <b>14/03/95</b>	Continuação da análise da situação do HE	Deliberação sobre Reunião Extraordinária para dar continuidade à questão "Crise no Hospital Evangélico"  Aprovação da realização de Fórum Popular para informar e debater com a população o problema do HE (o Fórum não se realizou por manifestação do HE ao CMS)
<b>Extraord.</b> <b>21/03/95</b>	A situação do Hospital Evangélico	Deliberação por apoio ao HE dentro das seguintes condições:  a) Estabelecer co-gestão administrativa democrática e profissional com participação dos usuários, funcionários e membros da SEBL e Poder Público Municipal  b) Ampliação do atendimento ao SUS  c) Realização de auditoria no HE, tendo como base os últimos dois anos  d) Definir encaminhamento de Auditoria em Fórum Popular

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996

Quadro 14 - Pauta e deliberações do Conselho sobre as Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas, 1993-96.

REUNIÃO/DATA	DATA	DELIBERAÇÃO
<b>Ordinária</b> <b>08/08/95</b>	Situação das UTI's Pediátricas da Santa Casa e do Hospital Evangélico de Londrina: relato por representantes das duas instituições	Aprovação de Comissão Técnica para avaliar e propor soluções sobre UTI's Pediátricas da Santa Casa e do Hospital Evangélico
<b>Ordinária</b> <b>23/08/95</b>	Desativação da UTI Pediátrica e Neonatal da Santa Casa de Londrina: repercussões no atendimento pediátrico/obstétrico em Londrina	Aprovação de elaboração de documento, pelo CMS, solicitando o não fechamento da UTI pediátrica/neonatal da Santa Casa pelas graves conseqüências daí ocasionadas. Documento entregue à Promotoria de Defesa dos Direitos e Garantias Constitucionais e Promotoria da Justiça da Vara da Infância e Juventude.  Deliberação pela ampla divulgação do documento através da imprensa
<b>Ordinária</b> <b>12/09/95</b>	Informe sobre UTI Pediátrica e Neonatal da Santa Casa de Londrina  Apresentação de documento elaborado por membros do CMS sobre fechamento das UTI's do HEL e Santa Casa.	Transcrição em Ata, de documento apresentado por representante da Santa Casa sobre a questão da UTI Pediátrica/Neonatal da Santa Casa, assegurando o não fechamento do serviço e noticiando a sua ampliação futura através de transferência para o Hospital Infantil.

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996

Quadro 15 - Deliberações do Conselho Municipal de Saúde com relação às denúncias.

REUNIÃO	DATA	DELIBERAÇÃO
Ordinária	10/08/94	Relato de denúncia sobre atendimento hospitalar e parecer. Encaminhamento e aprovação de Comissão Técnica para esclarecer o caso.
Ordinária	13/12/94	Aprovação de encaminhamento da denúncia efetuada na RO de 100894, ao CRM - Conselho Regional de Medicina - Ld
Ordinária	09/05/95	Encaminhamento de sindicância para apurar caso de atendimento a paciente em Tamarana (meningite)

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996

Embora estas questões emergentes para deliberação do Conselho sejam por nós consideradas pertinentes e, por mais que consideremos o esforço e a eficácia do Conselho nas ações desenvolvidas, fica evidenciada a quase exclusividade de assuntos, deliberações e ações referentes à atenção médico-hospitalar e, por outro lado, não se verifica em suas atas qualquer equacionamento em direção ao aspecto promocional de saúde inserido na proposta.

Já observamos que os conselhos populares, têm entendido a questão saúde de forma ampla, conforme exemplos referidos no capítulo 2, às páginas 123 e 124. O mesmo se observa com relação às necessidades do setor, discutidas nas conferências municipais, consideradas como a instância de discussão dos problemas e a elaboração de propostas para o Plano Municipal de Saúde, para as quais cabe a análise do Conselho para suas implementações.

Da mesma forma, as conferências municipais têm inserido inúmeras propostas neste sentido. A 4ª Conferência, a título de exemplo, considera como um dos problemas a ser superados pelo SUS, no processo de municipalização entre outros, o fato de que *o modelo de saúde existente não privilegia ações preventivas* (Conferência..., 1995, p. 34). São delineadas algumas ações no sentido da prática da vigilância à saúde com identificação de propostas de intersetorialidade, descentralização das ações para as unidades básicas, entre outras, visando a promoção da saúde, que, a nosso ver, deveriam encontrar ressonância no Conselho Municipal, Conselho este considerado estratégico para a manutenção de modelo. (Conferência..., 1995)

*Os Conselhos eram um pilar estratégico importante para poder avançar na construção deste novo modelo assistencial. E de que maneira nós entendíamos que podíamos fazer nessa questão da participação popular. Primeiro: o Conselho Municipal de Saúde, que é um órgão máximo de gestão, ele já existia (...), o principal fator era que o Conselho não tinha poder, a gestão municipal*

*não tinha ainda a autonomia suficiente, principalmente financeira para que suas decisões impactassem na qualidade, na mudança das ações de saúde. O Conselho deu um salto de qualidade, muito significativo a partir de que entramos na gestão semiplena e de que todos os membros do Conselho verificaram que lá era um verdadeiro foco de poder, não era apenas um foco de discussão, um foco de troca de idéias, ou um foco de estabelecimento de diretrizes sem possibilidade de colocá-las em prática. A gestão semiplena possibilita que as ações de saúde sejam discutidas, sejam analisadas, sejam direcionadas... (Entrevista 1)*

Procuramos, então, verificar quais as deliberações tomadas pelo Conselho que visem a estruturação do Plano Municipal de Saúde. Observamos que o Conselho se utiliza do critério de prioridades a partir de projetos, que embora elaborados dentro das diretrizes do Plano Municipal de Saúde, a nosso ver, ratificam a execução de ações que atendem o modelo médico hegemônico, desconsiderando as demais necessidades ou propostas da população (Quadro 16).

Quadro 16 - Pauta e deliberações do Conselho sobre o Plano Municipal de Saúde, 1995-96.

REUNIÃO/DATA	PAUTA	DELIBERAÇÃO
<b>38ª Reunião ordinária</b> 23/04/95	Definição de prioridades do Plano Municipal de Saúde.	Eleição dos 3 primeiros projetos prioritários dentro do Plano Municipal de Saúde: UTI Pediátrica e Neonatal, Cirurgias Eletivas e Internação Domiciliar.
<b>Reunião Extraordinária</b> 02/05/96	Definição de prioridades do Plano Municipal de Saúde: apresentação detalhada dos projetos: a) Melhoria no atendimento em especialidades médicas b) Diagnóstico precoce do câncer do pulmão e próstata c) Núcleo de Atenção Psicossocial 24 horas d) Sistema de Informação sobre morbimortalidade por acidentes e violências e) Combate à dengue.	Aprovação dos 5 projetos apresentados dentro da definição de prioridades.
<b>40ª Reunião Ordinária</b> 09/07/96	Apresentação das seguintes propostas dentro do processo de definição de prioridades do PMS: a) Subsídios para análise laboratorial dos alimentos (DIS); b) Controle populacional de cães e gatos no Município de Londrina - Hospital Veterinário da UEL; c) Reestruturação do Serviço de hemodiálise da Santa Casa de Londrina d) Reformulação do atendimento dos prontos-socorros de Urgência e Emergência (ISCAL) e) Viabilização do Acesso da população usuária do SUS a exames diagnósticos e procedimentos de alto custo.	Aprovação da proposta de UTI Pediátrica e neonatal. Aprovação da proposta, feita pelo Gestor, do pagamento de R\$ 112,00 mais produção para plantonistas do HE e ISCAL.
<b>41ª Reunião Ordinária</b> 13/08/96		Aprovação de Convênio entre ASMS/ISCAL/HE, quanto à melhoria de serviços, pelas duas instituições, na área de urgência/emergência e em UTI Pediátrica/Neonatal. Estabelecimento de remuneração dos médicos pediatras que atuarão no Pronto-Socorro e UTI Pediátrica/Neonatal (um salário mínimo mais produção). Aprovação da proposta de acesso a procedimentos de alto custo: ressonância nuclear magnética, video-endoscopia e lipotripsia extra-corpórea. Deliberação pela execução de algumas obras do Orçamento Participativo com financiamento do FMS. Aprovação de destinação de recursos (FMS) para ISCAL, H.E. e HURNP, destinados à compra de equipamentos de Hemodiálise. Retirado de pauta, por tempo indeterminado, o Projeto de Controle Populacional de cães e gatos (UEL).
<b>42ª Reunião Ordinária</b> 12/09/96	Relato sobre os projetos em andamento.	Aprovação de documento apresentado pela Comissão Técnica de Prevenção e Controle da AIDS, quanto ao acesso de 150 pacientes "coquetel" de medicamentos Aprovação dos projetos "Profilaxia da Meningite por Haemophilus Tipo B no Município de Londrina (DIS) Aprovação do projeto de Controle de Qualidade de Alimentos
<b>44ª Reunião Ordinária</b> 12/11/96	Relatório sobre andamento dos projetos aprovados pelo CMS	Encaminhamento para análise jurídica, de documento de cardiologistas do Município, solicitando melhoria no pagamento de honorários na área específica.

Fonte: Londrina. Conselho Municipal de Saúde, 1996

## O ciclo eleitoral

A retomada do processo democrático brasileiro permitiu que os municípios passassem a escolher seus governantes através do voto, a partir de 1968. Londrina teve na sua história política recente 7 prefeitos, com eleições em novembro dos anos 1968, 1972, 1976,

1982, 1988, 1992 e 1996.

Observam-se pelo menos duas situações que favorecem a descontinuidade decorrente deste ciclo eleitoral. Primeiramente, o que é visível aos servidores públicos referente às descontinuidades do início e fim da gestão, ou seja, uma vez eleitos, os prefeitos procuram indicar o seu primeiro escalão durante os meses que precedem o início de mandato, agora em primeiro de janeiro, o que tem se verificado na prática do Município.

Esse período tem reflexos no andamento das atividades do setor saúde, pela expectativa dos nomes que passam a ser veiculados pelos meios de comunicação, pois com a mudança de governo há mudança nos cargos de confiança.

Escolhido o secretário, o passo seguinte refere-se à indicação dos demais cargos da Autarquia. O tempo para preenchimento dos cargos de confiança tem a sua latência estimada de acordo com a orientação a ser dada pelo superintendente. Em períodos mais remotos, não se verifica aumento relevante no número de cargos, significando que a cada gestão há somente troca de cargos e, a nosso ver, um tempo relativamente curto para suas efetivações. No período recente, houve uma decisão no sentido de reorientação administrativa da Autarquia, ampliando-se consideravelmente os números de cargos. Neste caso, verificou-se um tempo maior para a efetivação de cargos, pela necessidade de apresentação e aprovação de projeto pela Câmara Municipal. Até esta aprovação, o secretário atua com o pessoal de sua confiança, procurando colocar em prática sua proposta de trabalho.

Até aqui está sendo considerado o tempo das indicações que, de alguma maneira, já faz com que os recursos humanos, particularmente os de nível central, permaneçam em compasso de espera para as novas orientações. Uma vez definidos os escalões intermediários e os planos de trabalho, há um tempo natural para o acolhimento das novas funções e o seu desenvolvimento.

Em resumo, há um interregno de tempo variável, entre a posse do superintendente, indicação dos cargos de confiança e a incorporação pelo serviço da nova forma de gestão adotada. Diríamos que, somente após este período, o gestor encontra-se efetivamente em condições de desempenhar melhor o cargo. Esta situação, entretanto, não se estende até o final de seu mandato.

*... e houve uma série de problemas que a gente não teve resposta do nível central porque coincidiu com a mudança de administração, aí já estava no fim da gestão; embora a gente tivesse um bom relacionamento com o nível central, não tinha mais o que tirar do nível central, a verdade é isso... (Entrevista 7)*

Pode-se verificar, portanto, que a descontinuidade no processo de gestão dada pelo ciclo eleitoral, refere-se a um tempo que precede o término de mandato anterior e vai aquém da própria indicação dos novos cargos que explicitamos, como a incorporação da nova forma de gestão.

Não pretendemos entrar no mérito das necessidades que levam as administrações a promoverem reformas administrativas mais substanciais, alterando a estrutura organizacional da Secretaria/Autarquia. Queremos apenas enfatizar que estas alterações podem significar mudança nas formas de prestação de serviço, se pensadas em termos de modelos assistenciais.

Verificamos que nos anos 1983-88, embora a estrutura administrativa da Secretaria/Autarquia tenha se mantido a mesma e, portanto, aparentemente, sem despertar grande interesse para uma discussão sobre modelos assistenciais, há um impacto forte neste sentido. Isto porque, na medida em que a Autarquia promove a inversão da pirâmide de recursos humanos, ela cria condições para que o trabalho se efetive na atenção médica no modelo clássico de atendimento à demanda espontânea que exige a presença dos paramédicos com formação para o exercício de funções de suporte ao ato da consulta, fundamentalmente.

Há também uma alteração importante nessa força de trabalho. Há uma redução na participação dos auxiliares de saúde, embora estes continuem em número superior ao de médicos e enfermeiras. No período de 1979-84 chegam a ser mais de 80% da força de trabalho. A partir da metade da década há uma redução dos auxiliares, chegando ao final desta - 1990 - com cerca de 50% do total dos servidores. Essa redução se dá preponderantemente à custa da elevação do número de profissionais médicos que, até meados da década de 80, estavam em torno de 12% em relação ao corpo de auxiliares e de enfermeiras, chegando ao final da década a 30% da força de trabalho. (Tabela 24)



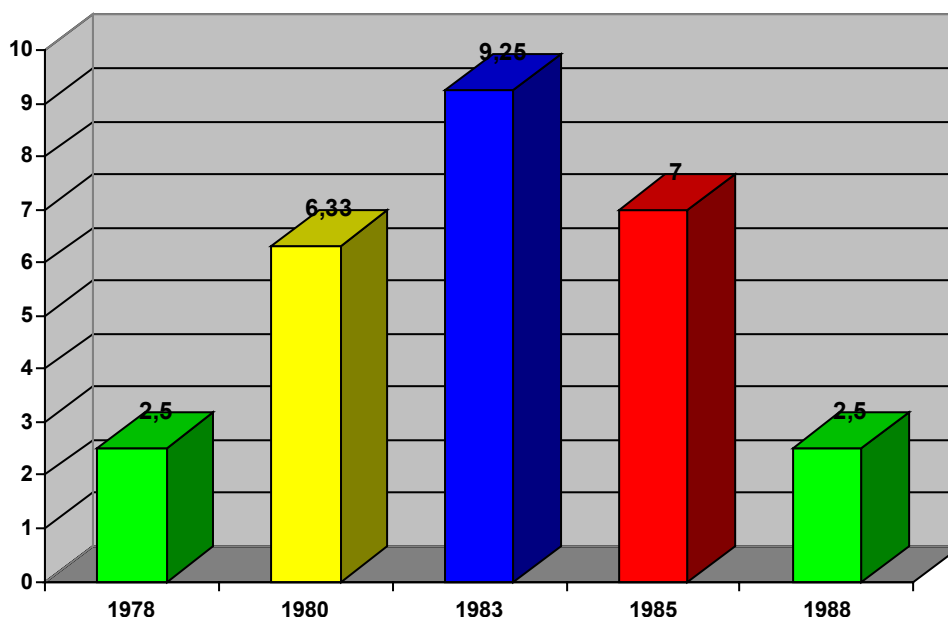
Tabela 24 - Distribuição dos servidores de saúde da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde, por categoria profissional em Londrina, 1976-1992.

Ano	Auxilia- res	Total	%	Enfer- meiros	Total	%	Médicos	Total	%
1976	1	1	100						
1978	4	5	71,43				2	2	28,57
1979	11	<b>16</b>	84,21	1	1	5,26		<b>2</b>	10,53
1980	3	19	82,61		1	4,35	1	3	13,04
1981	7	26	83,87		1	3,23	1	4	12,90
1982	6	<b>32</b>	82,05	2	3	7,69		<b>4</b>	10,26
1984	5	37	84,09		3	6,82		4	9,09
1985	12	49	77,78	4	7	11,11	3	7	11,11
1986	25	74	69,81	5	12	11,32	13	20	18,87
1987	30	104	67,10	5	17	10,97	14	34	21,94
1988	27	<b>131</b>	64,22	4	21	10,29	18	<b>52</b>	25,49
1989	24	155	61,51	9	30	11,90	15	67	26,59
1990	17+32	204	56,67	20	50	13,89	39	106	29,44
1991	1	205	55,71	2	52	14,13	5	111	30,16
1992	189	<b>394</b>	57,69	32	84	12,30	94	<b>205</b>	30,01

Fonte: Londrina, 1997b

Se observarmos a proporção entre o número de auxiliares e o de médicos, verificamos que, até 1983, cresce a diferença entre eles. Na gestão de 1984 a 1988 há uma reversão da relação que retorna aos patamares do primeiro ano de implantação da rede (Gráfico 30). Esta tendência se acentua no período seguinte até 1992 chegando a uma proporção menor do que 2 auxiliares para cada médico.

Gráfico 30 - Relação do número de atendentes de saúde para cada profissional médico nas unidades básicas de saúde em Londrina, 1978-1993.



Fonte: Londrina, 1997b

A reforma administrativa ocorrida na gestão 1993-96 foi aprovada em julho de 1995, efetivando os cargos com função gratificada. No caso das gerências, a estratégia do GERUS permitiu não somente uma melhor capacitação para o novo perfil gerencial, como possibilitou a cooperação dos inscritos no curso e o início do trabalho ou da nova forma de gestão proposta. De certa forma acreditamos que a administração conseguiu cooptar profissionais para os seus propósitos, informalmente, durante os dois anos e seis meses que precederam a aprovação da reforma, atenuando os transtornos ou os impasses decorrentes da expectativa quanto aos nomes dos indicados para os cargos, e quanto à definição de suas competências.

Apesar disso são observadas dificuldades com relação aos demais servidores:

*Na ocasião que fui gerente da unidade a gente teve muita dificuldade em exercer o papel de gerente, por ser uma função nova desconhecida pelos demais membros da equipe, e isso causou uma série de transtornos na unidade... (Entrevista 7)*

E, mesmo quando os gerentes estão atuando com a sua autoridade formal, são

referidas dificuldades em decorrência do ciclo eleitoral.

*A nível de institucionalização dessa função eu acho que falta muito ainda. Falta inclusive reconhecimento do nível central, de algumas pessoas do nível central. Mas eu acho que isso é uma coisa que não dá para corrigir pela **descontinuidade das administrações**. Então eu vejo assim, que o processo, como disse é um processo e, este processo, não é uma coisa que acontece da noite para o dia. **Então eu vejo que se houver um mínimo de continuidade do processo ele pode ser a solução, inclusive assim, de estar dando resposta com relação à mudança de modelo**. Mas o problema que a gente tem é a **descontinuidade administrativa do nível central, mudança de gestão, tudo isto**. (Entrevista 5)*

*Se você pegar hoje esta administração, ela encontrou um quadro totalmente diferente do que era há quatro anos atrás (...). O que mudou neste tempo? Não foi só a estrutura que aumentou, não foi só isso. Foi o nível de consciência dos gerentes, por exemplo. É uma coisa que ele não contava. Por isso que eu vejo que se investir lá na ponta o processo pode continuar, pode ser que não redondinho, mas ele continua. Então eu vejo como uma coisa importante (...) Porque não adianta você tentar garantir algumas coisas a nível central, porque há uma descontinuidade. Você pode ter uma série de propostas agora e lançar, mas se você não garantir que a ponta realmente continue este processo, este processo morre em quatro anos. Isso eu acho descentralização, porque você capacita os níveis locais a estarem pensando, estarem planejando, aquela frase que eu falei no começo: estarem dando as cartas para o nível central. (Entrevista 5)*

A transitoriedade da autoridade política atribuída às organizações públicas constitui também um elemento que desfavorece os projetos de mudança. Essa transitoriedade não se coaduna com estratégias de mudanças profundas, que em geral requerem um horizonte de longo prazo.

Mandatos-tampões e instabilidade política que promovem remanejamento dos cargos são exemplo desta transitoriedade. Quanto maior a incerteza da permanência no cargo, menor a motivação para iniciar reformas. Percebendo este fato, os funcionários de carreira das organizações públicas também sentem-se desmotivados para assumir iniciativas de mudanças.

E, mesmo quando são mantidas as mesmas funções e cargos, ou seja, quando não há perspectivas de reformas substanciais, já se verifica uma certa inércia na instituição, pela expectativa de alterações do quadro administrativo.

No ciclo eleitoral podem ocorrer mudanças nas estruturas organizacionais que, a nosso ver, trazem tanto maiores transtornos quanto maior o intervalo de tempo para essas mudanças. Essa dificuldade é reconhecida e se transforma em um dilema também para os gestores.

*E naquela ansiedade de fazer tudo isto num período de tempo que era um*

*tempo político. Você tem quatro anos de uma administração e não sabe o que vai acontecer depois. Então você tem que fazer reforma administrativa da Secretaria, você tem que fazer formação de Gerência Básica de Saúde, você tinha de administrar o dia-a-dia que é extremamente fértil pra desgastes políticos (...) esta demanda absurda do dia-a-dia do setor saúde (...) aquela obsessão de não deixar a peteca cair porque você é fragilizado, você é vitrine, qualquer fracasso, é toda uma proposta que vai por água a baixo. Então era tudo muito temso, tudo muito nervoso, tudo muito pra ontem. (Entrevista 2)*

Em Londrina, consideramos como crítica a proposta de mudanças na Autarquia já no início da gestão 1997/2001. Ela vem no bojo de uma reforma administrativa de toda a Prefeitura e demora exatamente 12 meses para a sua aprovação. Desta feita, não identificamos nenhuma estratégia para que ocorressem mudanças na prática rumo a uma diretriz pré-estabelecida. Pelo lado das gerências, a permanência da função pode se dar por inércia. Após a reforma, são observadas alterações na estrutura onde, no nível operativo das unidades, estão cargos comissionados de coordenadorias.

A função gerencial está explicitada em quatro gerências de unidades de saúde tipo alfa, para 4 centros de saúde urbanos que funcionam em sistema de plantão de 12 ou 24 horas e uma gerência de unidades locais de saúde para fazer o gerenciamento das demais unidades de saúde do tipo beta (urbanas e rurais), menores e com funcionamento em períodos de 8 a 10 horas. Outros estudos deverão avaliar melhor as transformações. O que foi possível verificar é que essas atribuições gerenciais têm um perfil diferente do perfil gerencial adotado pelo GERUS, perfazendo um perfil restrito de gerenciamento dos recursos para otimizar a produção, o que nos permitiu um melhor entendimento sobre uma das falas que nos parecia, no início, sem muito significado.

*O novo Secretário, a gente sabe, está ligado em número de demanda, número de consultas... (Entrevista 3)*

Isto pode reforçar uma nova reorientação do modelo, decorrente do ciclo eleitoral, em que para o novo gestor, a produção de consultas médicas a partir da demanda seja o norteador das ações de saúde no Município.