

Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva
Coordenação do Programa de Pós – Graduação

Os princípios do SUS nas leis básicas de saúde e
desenvolvimento urbano: um estudo de caso do município
de Cuiabá – MT

Ricardo Luiz Chagas

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso –
Instituto de Saúde Coletiva, para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

Área de concentração – Saúde e Sociedade

Orientador Profº Drº. Wanderlei Pignati

Cuiabá - MT
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Os princípios do SUS nas leis básicas de saúde e desenvolvimento urbano: um estudo de caso do município de Cuiabá – MT.

Ricardo Luiz Chagas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso – Instituto de Saúde Coletiva, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração – Saúde e Sociedade

Orientador Profº Drº. Wanderlei Pignati

Cuiabá - MT
2009

Dedicatória

A Pequena,
a Luna,
ao Ricardinho,
a Merita.

Minhas sementes:

Betriz e Natalie .
A minha mãe, Netinha

Agradecimentos

Profª Maria Alice Paes de Barros Fortunato
Pelo Incentivo

Profª Drª Maria de Jesus Patatas
Pela correção e paciência

Profº Rubens Aposita
Meu primeiro professor de Saúde Pública

Profº Drº Wanderlei Antonio Pignati
Pela orientação

Profº Mestre Waldir Bertulio
Pelo incentivo, companherismo e amizade

Profª Drª Rosely Magalhães de Oliveira
Pelo incentivo, companherismo, amizade e orientação de banca

Profª Drª Maria Angélica dos Santos Spinelli
Pela correção e incentivo de banca

Profª Drª Marcia Lotufo
Pela correção e incentivo de banca

Profª Drª Luzia Leão e Profº Drº Francis Galera
Pelo companherismo e oportunidade de estarmos trabalhando juntos

Universidade de Cuiabá – UNIC
Por ter me permitido

Aos meus colegas do Curso
Uma grande turma

Fundação Nacional de Saúde
Grandes aprendizados

Aos meus alunos
Aprendizado juntos

Minha família
Razão de tudo

Aos meus amigos
A DEUS

*“Só engrandeceremos nosso direito à vida,
cumprindo o nosso dever de cidadão do
mundo.”*

Ghandi

RESUMO

Chagas RL. Os princípios do SUS nas leis básicas de saúde e desenvolvimento urbano: um estudo de caso do município de Cuiabá – MT - [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2009. Orientador Profº. Drº. Wanderlei Pignati

A introdução aborda a nova organização do Estado na área da saúde e saneamento com seus conceitos. Destaca o papel do estado federativo e dos aparelhos que consubstanciam as políticas públicas promovidos pela constituição de 1988 visando a análise do trabalho intersetorial e a descentralização como requisitos da administração pública. Os objetivos analisaram os princípios do Sistema Único da Saúde nas leis básicas e de desenvolvimento urbano que contemplam as políticas de saúde e saneamento no município de Cuiabá descrevendo as categorias que contribuem para a organização da intersetorialidade nestas áreas. A análise documental foi a metodologia utilizada para caracterizar os princípios do SUS: regionalização, descentralização, participação da comunidade, articulação com outros setores e a construção coletiva contemporizando as publicações jornalísticas circuladas na ocasião da promulgação das leis básicas em análise. Como resultado, a pesquisa identificou que os princípios do SUS estudados e presentes nas leis básicas do município de Cuiabá demonstraram incoerência nos arranjos institucionais e desarticulação dos instrumentos de gerência da cidade quando cotejados com as categorias analisada e presentes nos princípios do SUS. Houve a preocupação dos formuladores das leis básicas em superar a fragmentação da gestão da cidade e a melhoria das relações entre o homem e o seu meio com as ações intersetoriais, mas o saneamento é tratado de forma isolada como política de infraestrutura juntamente com a habitação desvinculado da atenção básica da saúde como estabelecido nos princípios do SUS. O estudo aponta a necessidade de realizar pesquisas complementares com o objetivo de identificar a implementação e funcionalidade destas políticas na vida diária, com praticidade, direito e felicidade da população cuiabana, como determina a função social do município.

Descritores: Políticas públicas, princípios do SUS, Intersetorialidade, descentralização, saúde e saneamento.

Abstract

Chagas RL. The principles of the SUS in the basic laws of health and urban development: a study of case of the city of Cuiabá - TM - [dissertação of mestrado]. Cuiabá: Institute of Collective Health of the Federal University of Mato Grosso; 2009. Profº person who orientates. Drº. Wanderlei Pignati.

The introduction approaches the new organization of the State in the area of the health and sanitation with its concepts. It detaches the paper of the federative state and the devices that consubstanciam the public politics promoted by the 1988 constitution aiming at the analysis of the intersetorial work and the decentralization as requisite of the public administration. The objectives had analyzed the principles of the Only System of the Health in the basic laws and of urban development that contemplate the health politics and sanitation in the city of Cuiabá having described the categories that contribute for the organization of the intersetorialidade in these areas. The documentary analysis was the used methodology to characterize the principles of the SUS: regionalização, decentralization, participation of the community, joint with other sectors and the collective construction contemporizando circulated journalistic publications in the occasion of the promulgation of the basic laws in analysis. As result, the research identified that the principles of the SUS studied and gifts in the basic laws of the city of Cuiabá had demonstrated to incoherence in the institucional arrangements and disarticulation of the instruments of management of the city when cotejados with the categories analyzed and gifts in the principles of the SUS. It had the concern of the formuladores of the basic laws in surpassing the spalling of the management of the city and the improvement of the relations between the man and its half one with the intersetoriais actions, but the sanitation is dealt with isolated form as infrastructure politics together with the disentaile habitation of the basic attention of the health as established in the principles of the SUS. The study it points the necessity to carry through complementary research with the objective to identify to the implementation and functionality of these politics in the daily life, with praticidade, right and happiness of the cuiabana population, as it determines the social function of the city.

Describers: Public politics, principles of the SUS, Intersetorialidade, decentralization, health and sanitation

Índice

1. Introdução	12
1.1 O Estado e a intersetorialidade	22
1.2. Políticas Públicas	24
1.3. Descentralização e Políticas Públicas	29
1.4. Formulação de Políticas	32
1.5. Intersetorialidade	34
1.7. Relação Saúde e Saneamento	37
2. Objetivos	43
2.1. Objetivo Geral	43
2.2. Objetivos Específicos	43
3. Percurso Metodológico	43
3.1. Delimitação do Estudo	43
3.2 Análise Documental	44
3.3. Documentos analisados	45
3.3.1. Documentos analisados	45
3.3.2. Documentos referenciais da análise	45
3.4. Categorias de Análise	46
3.5. Caracterização das categorias	46
3.5.1. Regionalização	46
3.5.2. Descentralização	47
3.5.3 Participação da comunidade	49
3.5.4. Articulação com outros setores	49
3.5.5. Construção coletiva	50

3.6. O município de Cuiabá	51
3.6.1. Infraestrutura básico de saúde e saneamento em Cuiabá	52
4. Resultados e análises	55
4.1. Instrumentos legais de Cuiabá	55
4.1.1. A lei orgânica municipal	55
4.1.2. Plano diretor de Cuiabá	60
4.2. Política de Saneamento no Brasil, em Mato Grosso e em Cuiabá	63
4.3. A Regionalização da Saúde e do Saneamento	70
4.4. A Descentralização da Saúde na Lei Orgânica Municipal e no Plano Diretor.	74
4.5. A Participação da Comunidade na Lei Orgânica Municipal e no Plano Diretor.	76
4.6. Articulação da saúde com outros setores na lei orgânica Municipal e no Plano Diretor	79
4.7. Construção coletiva na Lei Orgânica Municipal e no Plano Diretor	83
4.8. Função social do município de Cuiabá	84
5. Conclusão	88
6. Bibliografia	93

Lista de Abreviaturas

AMM	Associação Mato-grossense de Municípios
AMSS	Agência Municipal de Serviços de Saneamento
APS	Atenção Primária da Saúde
BNH	Banco Nacional de Habitação
CESB	Companhia Estadual de Saneamento Básico
CF	Constituição Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DIAAPSA	Decênio Internacional de Abastecimento de Água Potável
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
FEMAB	Federação Mato-grossense de Associação de Moradores
FCP – SAN	Programa de Financiamento a Concessionárias Privadas de Serviços de Saneamento
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUSC	Fundação de Saúde de Cuiabá
IAB	Instituto de Arquitetura do Brasil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica
IPDU	Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano
LC	Lei Complementar
LOM	Lei Orgânica Municipal
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MOC	Projeto Montes Claros
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PASS	Programa de Ação Social em Saneamento

PDDU	Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saneamento
PLANASA	Plano Nacional de Saneamento
PMSS	Programa de Modernização do Setor de Saneamento
PNCA	Programa Nacional de Combate ao Desperdício de Água
PRONURB	Programa de Saneamento para Núcleos Urbanos
PROPAR	Programa de Assistência Técnica a Parceria Público-Privado em Saneamento
PROSAB	Programa de Pesquisa em Saneamento Básico
PROSANEAR	Programa de Saneamento Integrado
PROSEGE	Programa Social de Emergência e Geração de Empregos em Obras de Saneamento.
SANECAP	Agencia Municipal de Saneamento da Capital.
SANEMAT	Companhia Estadual de Saneamento
SFS	Sistema Financeiro de Saneamento
SUS	Sistema Único de Saúde

1. INTRODUÇÃO

A motivação do tema para o autor está referenciada à sua formação básica e de sua prática de serviço desenvolvido na organização do sistema de saúde estadual e municipal a partir do processo de democratização do Estado brasileiro, e do movimento da reforma sanitária brasileira. Formado em Engenharia Sanitária em 1984, pela UFMT, curso este, que tinha objetivo de preparar técnicos para atuação na ruptura do processo das doenças transmissíveis, principalmente as de vinculações hídricas.

Especializou-se em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública e participou de alguns processos significativos da formulação de políticas públicas na área de saúde e saneamento, no ano de 1985, atuando no corpo técnico da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná, participando da comissão que elaborou a reformulação do Código Sanitário do Estado, no momento que ocorria no território nacional a implantação da nova política de reformulação da saúde o Programa das Ações Integradas da Saúde – PAIS, e posteriormente o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, que constituíam passos importantes do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Este movimento, que tomou corpo no país embalado com os pressupostos da VIII Conferência Nacional de Saúde, na perspectiva de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, do programa de Ações Integradas de Saúde – PAIS, da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde e principalmente das Leis Orgânicas Municipais, que estavam sendo discutidos em vários fóruns em todo o território nacional. A Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT, através do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde constitui então, um grupo de pesquisa coordenado pelo Profº Drº. Márcio Meirelles. Participaram deste grupo, técnicos do INAMPS, professores pesquisadores da UFMT e técnicos da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso. O objetivo desta pesquisa foi o de apoiar a formulação das diretrizes operacionais e organizativas do Sistema Único de Saúde – SUS e a sua incorporação nas Leis Orgânicas Municipais, no capítulo da saúde. Participamos deste grupo de pesquisa como técnico da Secretaria Estadual de Saúde

O Estado de Mato Grosso, no ano de 1992 discutia então, a formulação de seu Código Estadual de Saúde e inserimos neste processo como consultor técnico a convite Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado de Mato Grosso, juntamente com o Drº Luiz Soares elaboramos projeto substitutivo integral do projeto de lei, que instituiu o Código Estadual de Saúde de Mato Grosso.

O município de Cuiabá/MT elaborava suas leis básicas, entre elas a lei de desenvolvimento urbano demandado pela Lei Orgânica Municipal, este momento teve a participação de vários segmentos sociais da sociedade cuiabana, principalmente na elaboração do Código Sanitário e de Postura do Município, que formatava a organização do Sistema Local de Saúde fizemos parte da comissão técnica que formulou a lei nº 004, que instituiu o Código Sanitário e de Postura do Município de Cuiabá e que é objeto desta análise documental.

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e a institucionalização da **Seguridade Social**, “*a saúde como direito de todos e dever do Estado*”, as políticas públicas na área da saúde vêm sendo amplamente discutidas e definidas com vistas ao reordenamento social necessário ao cumprimento dos preceitos constitucionais. Nesta nova organização e ação do Estado nas áreas de saúde, previdência e assistência social corroborando com as políticas públicas buscando a justiça social, universalizando as ações e atividades de saúde e reconhecendo-a como “*relevância pública*”.

Esta nova ordem social estabeleceu um conjunto integrado de ações, que o poder público deve garantir ao cidadão e a coletividade. O cidadão passa a ter como patrimônio social e de cidadania a sua saúde. A não oferta desses direitos ao cidadão caracteriza-se como infração de seus direitos fundamentais, considerado descumprimento de obrigações funcionais do Estado.

O sentimento de mudança da saúde, que tomou conta do país impulsionado pelas diretrizes estabelecidas pela VIII Conferência Nacional de Saúde, das Leis Orgânicas Estaduais e Municipais, dos Programas de Ações Integrais de Saúde motivou a participação da população e principalmente da ocupação de cargos nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde por profissionais comprometidos com a reforma

Sanitária. Esta estratégia trouxe mudanças estruturais e organizativas no interior das secretarias de saúde, que tiveram que ser reformuladas em sua plenitude para atuarem dentro destes princípios e da ampliação do conceito da saúde defendidos pela Reforma Sanitária Brasileira e consolidados estes princípios e diretrizes do SUS. Estas instituições tinham que sair da visão hospitalocêntrica, com foco na doença, com atuação centralizada, desintegrada e subjetiva do entendimento da saúde, para uma visão mais ampla que integre os serviços, e valorize todos os seus recursos humanos e a participação da comunidade.

[...] a reforma da Secretaria da Saúde parte do pressuposto da deterioração dos níveis de saúde da população, da ineficiente e inadequada estrutura dos órgãos, caracterizada por uma falta de coordenação de diferentes atividades, numa dispersão de recursos materiais e financeiros, e pelo acúmulo de órgãos subordinados diretamente ao secretário. As principais diretrizes da reforma são: a integração de serviços em nível local, a desconcentração executiva, a criação da carreira de médico sanitário e de inspetor de saneamento como força decisiva de trabalho para unidade da Coordenadoria de Saúde da Comunidade. (JACOBI, 1993, pag. 49)

Desta forma, a seguridade social estabelece um conjunto de ações intersetoriais de iniciativa do poder público e da sociedade, para assegurar os direitos à saúde, previdência e assistência social. As ações referentes à seguridade social correspondem ao direito das pessoas e, mais que isso, à vida. Nas sociedades contemporâneas, essas responsabilidades vêm sendo crescentemente assumidas pelo Estado, principalmente em nosso país, que estabelece constitucionalmente a universalidade da saúde a toda sua população.

O texto constitucional estabelece ainda, que cabe ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a “redução do risco de doença e de outros agravos”, quanto “ao acesso universal e igualitário a ações de serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. É nessa perspectiva que a constituição reconhece a “*relevância pública*” das ações e serviços, e delinea um sistema único, integrado pelas ações e serviços públicos de saúde, mas do qual também podem participar, em caráter complementar, instituições privadas. (BRASIL, 1988)

Segundo DALLARI (1992) a relevância pública é o interesse primário do Estado, nas ações e serviços de saúde, envolve a sua essencialidade para a coletividade, ou seja, sua relevância social. Ademais, enquanto os direitos de todos e dever do Estado, as ações e serviços de saúde devem ser privilegiados.

No art. 196 da Constituição Federal a saúde é caracterizada como “direito de todos e dever do Estado e que deva ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Atribuindo ao Sistema Único de Saúde a competência de “participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico”. (BRASIL, 1988)

Os princípios constitucionais demonstram que a concepção do Sistema de Saúde foi formulada em um modelo de saúde voltada para as necessidades da população e assim resgatando o compromisso do estado para com o bem-estar social. O resgate desses princípios reflete o momento político em que passa a sociedade brasileira de construção dos valores e princípios de cidadania e de uma nova República. Embalado pelo movimento das “*diretas já*”, a sociedade procurou garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania, saindo de um período de exceção e de ditadura militar, onde a cidadania limitada foi um princípio de Estado.

Este preceito constitucional nos faz refletir sobre o processo saúde/doença, principalmente das doenças transmissíveis, que estão ligadas aos aspectos sócios econômicos das cidades. A organização do espaço urbano, do saneamento básico e ambiental, da organização do trânsito, da habitação, do desemprego e das relações sociais. Estes condicionantes vêm determinando uma deterioração das condições de vida, com importantes implicações na realidade sanitária e aumento de problemas sociais.

A magnitude das áreas periféricas, invasões e ocupações irregulares do solo urbano, e a inacessibilidade aos serviços de saúde nos apontam os indicadores de morbimortalidade mais desfavoráveis. A vulnerabilidade do processo de adoecer e morrer estão marcados fortemente pelas iniquidades e desigualdades sociais. Daí a

importância de políticas integralizadoras e intersetoriais para a solução na causalidade dos graves problemas e da defesa da vida.

A compreensão do processo saúde/doença em todas as suas dimensões e complexidade, com seus nexos causais diversos e na sua determinação social, com indivíduos e populações apresentam riscos desiguais de adoecer e morrer. Compreende-se também que a eliminação destes, exige ações e intervenções do setor saúde e aliança com outros setores que elaboram e implementam políticas públicas. Esta visão rompe com o isolamento do setor saúde, representada pela ação pontual do modelo clínica e permite outro horizonte político, trabalhando institucionalmente a intersectorialidade e construindo efetivamente políticas públicas eficazes, resolutivas que venham atender às necessidades da população para a formação de uma sociedade saudável.

A Carta Magna de 1988 estabeleceu na composição de governo, regras de gestão e competências dos municípios, entre outras especificidades. Estabeleceu o sistema de repartição de competências legislativas, administrativas e tributárias entre os entes federativos, resguardando a concepção de autonomia de cada uma das entidades componentes do Estado Federativo. A União cabe as matérias de interesse geral, ao estado às matérias de predominante interesse regional, e, aos municípios aqueles assuntos de interesse local. (BRASIL, 1988).

A função de autonomia dos municípios, estados e união, está embasados na Constituição Federal no seu artigo 18º, “a organização político administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, (grifo nosso) nos termos da Constituição”. (BRASIL, 1988).

A lei nº 10.257, que estabelece as diretrizes gerais da política urbana, conhecida como Estatuto da Cidade, refere ao município como “fruto do trabalho coletivo de uma sociedade. Nela está marcada a história de um povo, suas relações sociais, políticas, econômicas e religiosas.” O Brasil é um país plural e essencialmente urbano, 80% de nossa população residem na área urbana das cidades e ai concentra a maior parte das atividades econômicas, a existência da cidade é “determinada pela necessidade humana de se agregar, de se interrelacionar, de se organizar em torno do

bem estar comum, de produzir e trocar bens e serviços, de criar cultura e arte, de manifestar sentimentos e anseios que só se concretizam na diversidade que a vida urbana proporciona. Todos buscam uma cidade mais justa e mais democrática, que possa de alguma forma, responder a realização de nossos sonhos.” (BRASIL, 2001 p. 17).

Na saúde, os municípios passam a se estruturar de acordo com os princípios constitucionais estabelecidos, “saúde como direito universal e dever do Estado”, as Secretarias Municipais de Saúde passam então a se organizar como estrutura responsável pela saúde de sua população, atendendo o princípio estratégico da reforma sanitária, de descentralização e expansão de sua rede assistencial, através da municipalização dos serviços de saúde e saneamento. Elaboram suas Leis Orgânicas fixando princípios de ordem geral e remetendo a leis ordinárias sua operacionalização e desenvolvimento urbano, principalmente com o Plano diretor e o Código Sanitário Municipal, com a visão sistêmica de propiciar à sua população um novo reordenamento urbano e o estabelecimento de diretrizes para suas novas atribuições municipais.

Os municípios assumem então, a responsabilidade de formular e operacionalizar as políticas sociais, na área de saneamento e de se organizar para assumir esta responsabilidade que até então eram executadas de forma centralizadas pelas Companhias Estaduais de Saneamento, fruto da centralização do estado no governo militar e conduzidos ao sabor da política estabelecido pelo Plano Nacional de Saneamento – PLANASA e seguindo as diretrizes econômicas e financeiras do Banco Nacional de Habitação – BNH, implantado pelo governo militar a partir de 1968.

A estratégia para a expansão da infra-estrutura de água e esgoto teve sua gênese com a criação em 1968 do Banco Nacional da Habitação como um agente financeiro do Governo Federal para o desenvolvimento de habitação e saneamento. O Plano Nacional de Saneamento Básico foi lançado em 1971 para expandir a oferta de água e serviços de esgotamento nas áreas urbanas. O principal instrumento operacional do Planasa foram as Companhias estaduais de água, que deveriam expandir serviços e viabilizar a auto-sustentação financeira. (COSTA, 1998 p 55)

No início da década de 70, no Estado de São Paulo a inter-relação do saneamento com a saúde são colocadas na ordem do dia, como reivindicação popular originadas pela poluição dos mananciais, principalmente o Rio Tiete, as gastroenterites,

a poluição ambiental e a mortalidade infantil ocupam as estampas de seus principais jornais do estado.

[...] a população aponta a ausência do saneamento básico e os graves risco para a saúde decorrente da utilização de poços e fossas negras. [...]. A relação entre o fornecimento de água potável, a melhoria de esgoto potável, a coleta de esgoto e a melhoria de das condições de vida da população, principalmente a da saúde infantil, é destaque contínuo na imprensa. (JACOBI, 1993 p. 32 e 33)

Uma nova atribuição foi normalizada na esfera do poder local com a Constituição Federal de 1988, a preocupação com a promoção de um meio ambiente ecologicamente equilibrado, economicamente eficiente e socialmente justo. Esta preocupação com o meio ambiente tem sido incorporada à tônica das políticas públicas ancoradas localmente e, abrindo a possibilidade de um novo padrão de relacionamento entre o Estado e uma sociedade civil organizada no encaminhamento de propostas articuladas para garantir os direitos correlatos às demandas sociais.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 225º, Reconhece que ‘todos têm direito a um ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade, de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-la e preservá-la para as presentes e futuras gerações’. Esta norma estabelece competências para a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios para legislar sobre a matéria, havendo a superveniência da lei federal sobre as normas gerais que suspendem a eficácia da lei estadual no que lhe for contrária. Aos municípios cabe legislar sobre assuntos de interesse local e suplementar à legislação federal e estadual no que couber. (PIGNATTI, 2005 pag. 77).

A gestão de políticas públicas de saneamento traduz em ações governamentais e dizem respeito à gestão ambiental e, relacionada com o padrão de saúde de uma população. Segundo a Organização Panamericana da Saúde – OPS, esta relação incorpora todos os elementos e fatores que potencialmente afetam a saúde, incluindo, entre outros, desde a exposição a fatores específicos como substâncias químicas, elementos biológicos ou situações que interferem no estado psíquico do indivíduo, até aqueles relacionados com aspectos negativos do desenvolvimento social e econômico do país (OPS, 2000)

A intersectorialidade entre saúde, saneamento repercutem nas políticas de desenvolvimento e constituem determinantes da saúde humana, estas políticas enfatizam a importância da saúde ambiental para o desenvolvimento sustentável, isto levou a seguinte definição da atenção primária ambiental.

A atenção primária ambiental é uma estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo que define suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde. (OPS, 2000 p. 28)

As evidências demonstram que as relações entre saneamento e saúde, são muito complexas e a afirmação de que um suprimento público de água em quantidade e qualidade traz necessariamente uma melhoria na saúde pública não pode ser generalizado para todas as condições. Em algumas circunstâncias, os suprimentos de água por redes públicas sem a adequação do destino das águas servidas podem aumentar os riscos à saúde; uma água que é distribuída com padrões de potabilidade adequados pode também não ser consumida de forma segura, se a higiene domiciliar não for boa.

A inadequação de ações de saneamento, tais como: água potável, de esgoto, de lixo, drenagem fluvial e principalmente das melhorias habitacionais intradomiciliar com a adequação das instalações domiciliares, banheiros, pias e tanque de lavar roupa, principalmente em áreas periféricas dos bairros carentes refletem significativamente na qualidade da saúde e da disparidade dos indicadores e de morbimortalidade e do perfil epidemiológico entre estas populações em comparação as que habitam os jardins da cidade, apresentando maior probabilidade por estarem doentes e de morrerem por estarem exposta a maiores risco para sua saúde.

Segundo LIMA (2005), alguns programas têm sido propostos para explicar a relação entre ações de saneamento e a saúde, com ênfase em distintos ângulos da cadeia causal. Outros consistem na análise das doenças, segundo categorias ambientais cuja transmissão está ligada com o saneamento, ou com a falta de infra-estrutura adequada. Assim, a partir desses entendimentos da transmissão das doenças relacionadas com o

saneamento são propostos instrumentos e ferramentas de planejamento das cidades, com vistas a considerar de forma mais adequada seus impactos sobre a saúde do homem. Um desses foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, implantado pelo Ministério da Saúde em 1976. LIMA (2005) nos remete a idéia de que o PIASS pretendia “utilizar amplamente o pessoal de nível auxiliar originado da comunidade” para a formação de uma rede articulada com a participação da população.

Neste cenário é formatado no país o movimento sanitário, que segundo LIMA (2005) é qualificado como um “movimento ideológico com uma prática política, constituído a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva – DMP, das Faculdades de Medicina”. O movimento sanitário agregou setores progressistas na redemocratização do país, formou um leque social amplo juntamente com o movimento sindical, na defesa da bandeira da luta pelas liberdades democrática e da redemocratização do país, no início de 1970.

A Reforma Sanitária, de acordo com MENDES (1995) “é um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político – jurídico, político – institucional e político – operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos (...)”. A ampliação do conceito da saúde é um dos objetivos da Reforma Sanitária e é estabelecida sua amplitude no art. 3º da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 como “A saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do Estado.” O conceito de saúde sai da subjetividade de “bem estar”, para estar subordinada a condicionantes e determinantes o objetivo é que possam ser mensurados e comparados. O estado de saúde não é somente ao estado de estar doente, mas também de estar sendo supridas as condições básicas de vida das pessoas. Portanto, para o estabelecimento de políticas públicas na área de saúde necessariamente deva estar articuladas todos estes determinantes e condicionantes, que determinam o estado de saúde das pessoas.

JUNQUEIRA (1997) afirma que a “intersetorialidade, como política pública constitui um novo modelo a orientar a gestão pública. A população não é homogênea,

nem suas necessidades, nem suas aspirações. Para interferir, respeitando e atendendo as suas peculiaridades.” Isto remete aos formuladores de políticas públicas, principalmente no nível municipal, a tarefa de governabilidade com intersetorialidade, pois aí é que se dá a materialização da ação é no município que as pessoas vivem e se relacionam é no município que se dá a definição do “espaço territorial e social” objeto da ação intersetorial e que traduz as condições de vida das pessoas.

A visualização dos problemas e as potencialidades dos grupos populacionais em relação a padrões de qualidade de vida devam ser consideradas a partir dos direitos de cidadania, com capacidade de promover a governabilidade do poder público municipal e, particularmente, das Prefeituras. No município, como espaço definido territorial e socialmente, é que se concretizará a integração e a ação intersetorial. É nesse território que se concretiza as ações das políticas públicas, mas necessariamente a ação financeira por parte do governo federal e estadual deva acontecer em sua plenitude. Um importante processo para esta interação pode ser construída através da dinâmica entre os sujeitos, mediada por novos paradigmas, que devem informar a mudança das instituições sociais e de suas práticas. “Esse processo de construção é também de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, da sua consciência e dos seus direitos de cidadão a uma vida de qualidade. Uma lógica intersetorial de organização e atuação deve referir-se basicamente à população, considerando as suas formas e condições peculiares de formação e estruturação. Assim as prioridades não serão setoriais, mas definidas a partir de problemas da população, cujo equacionamento envolve ações integradas de vários setores.” (JUNQUEIRA, 1997)

A formulação de política pública na área da saúde e saneamento deve ser construída considerando dados e informações relevantes que estabeleçam uma relação dos indicadores de morbimortalidade de doenças transmissíveis e da cobertura da população abastecida por água, esgoto e coleta de lixo. Os indicadores epidemiológicos e sua relação com as áreas ocupadas e mais desfavoráveis, principalmente nas regiões periféricas onde o saneamento é precário, falta assistência à saúde e o poder aquisitivo da população é muito baixo. Historicamente estas regiões tem-se a maior taxa de mortalidade infantil e apresentam como tendência a menor cobertura de serviços de saneamento. A combinação e cruzamento destas informações devem produzir o

conhecimento, na perspectiva de transformar a ação pública bem sucedida e conseguir ir além do “apagar de incêndios” do dia a dia, atendendo os anseios dos movimentos sociais e da mobilização da sociedade interferindo nos condicionantes que impliquem em um aumento de seu estado saudável.

Discutiremos, portanto, os princípios do Sistema Único de Saúde frente às leis básicas de saúde do município de Cuiabá/MT analisando as categorias de regionalização, descentralização, participação da comunidade, articulação com outros setores e a construção coletiva estabelecidos na Lei Orgânica do Município e no Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano e a relação intersetorial da saúde e saneamento na gestão municipal resgatando a função social do municípios, de acordo com o estabelecido no artigo 196º da Constituição Federal.

1.1 O ESTADO E A INTERSETORIALIDADE

Segundo JUNQUEIRA (1997), o Brasil é um Estado Federativo, cujos entes são a união, os estados e os municípios e é no plano municipal, que cabe prestar os serviços públicos aos cidadãos. É no espaço local, no município, que os usuários explicitam suas necessidades não satisfeitas e aprendem a se colocar diante dos serviços como cidadãos.

De acordo com JACOBI (1993), o Estado assume o papel de articulador e organizador da sociedade independente de sua condição de suporte de certas relações de dominação, adotando o papel de fiador de relações sociais. Nesses termos o Estado capitalista não é diretamente o Estado dos capitalistas, como afirma

BOBBIO (2007) parte de duas fontes principais para estudar o Estado: a história das doutrinas políticas e a história das instituições políticas. A Doutrina geral do Estado [1910], de Georg Jellinek, entrou por muito tempo em uso das teorias do Estado visando estabelecer a distinção entre doutrina sociológica e doutrina jurídica do Estado.

[...] Estado como ordenamento jurídico não tinha feito com que se esquecesse que o Estado era também, através do direito, uma forma de organização social e que, como tal, não podia ser dissociado da sociedade e das relações sociais subjacentes. Daí a necessidade de uma distinção entre o ponto de vista jurídico – a ser deixado

aos juristas que, de resto tinham sido por séculos os principais artífices dos tratados sobre o Estado – e ponto de vista sociológico, que deveria valer-se das contribuições dos sociólogos, dos etnólogos, dos estudiosos das várias formas de organização social [...]. (BOBBIO, 2007 pag. 56).

O papel do Estado, suas teorias e as diferentes funções nas formulações da saúde tem adquirido uma valorização crescente das políticas sociais, com suas contradições e funções ambíguas das demandas da sociedade relativas às necessidades de reprodução do capital e os destinados à reprodução da força de trabalho. CAMPOS (1997) destacam que o “Estado acabaria tendo que criar serviços públicos de atenção a saúde individual e coletivo, desenvolvendo aí novas experiências de planejamento e gestão da saúde”. POULANTZAS, 1981 citado por Jacobi refere à função do “Estado incorporado na materialização institucional dos seus aparelhos e se consubstanciam nas políticas sociais que expressam as contradições inerentes às relações do Estado e sociedade.”

As dicotomias entre estado de direito público e estado de direito privado, sociedades de iguais e sociedade de desiguais, subordinação entre governantes e governados e a lei e o contrato, é assim caracterizado por Noberto Bobbio.

Sendo o direito um ordenamento de relações sociais, a grande dicotomia público/privado duplica-se primeiramente na distinção de dois tipos de relações sociais: entre iguais e entre desiguais. O Estado, ou qualquer outra sociedade organizada onde existe uma esfera pública, não importa se total ou parcial, é caracterizada por relações de subordinação entre governantes e governados, ou melhor, entre detentores do poder de comando e destinatários de dever de obediência, que são relações entre desiguais; a sociedade natural tal como descrita pelos jusnaturalistas, ou a sociedade de mercado na idealização dos economistas clássicos, na medida em que são elevadas a modelo de uma esfera privada contraposta à esfera pública, são caracterizadas por relações entre iguais ou de coordenação. A distinção entre sociedade de iguais e sociedade de desiguais não é menos clássica do que a distinção entre esfera privada e esfera pública. (BOBBIO, 2008, p. 15 e 16)

A construção de um estado de direito não é uma dádiva, a sua construção depende fundamentalmente da construção social e que segundo PHILIPPI Jr. (2005) A concepção do Estado no Brasil foi sempre marcada por uma redução estrutural-funcionalista, concepção essa que acentua seu papel para garantir a reprodução da ordem capitalista, da acumulação do capital levando a vantagem para as classes dominantes e a desvantagem para outros setores, desta forma a formalização dos

direitos sociais também não tem sido uma dádiva, segundo DALLARI (1995) “A história insiste em vincular a formalização dos direitos sociais às mais sangrentas revoltas populares”. “[...] No Brasil, a incorporação constitucional dos direitos sociais foi sobremaneira lenta”, mas a nova ordem constitucional deixa claro o objetivo da Republica, ao estabelecer a saúde como direito e dever do estado universalizando o acesso. JACOBI (1993 p. 7), “afirma que a relação entre demanda e políticas públicas não é meramente casual, sendo diversos fatores atuam como determinantes na emergência destas demandas, assim como na formulação das políticas públicas.”

1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS

A Constituição Brasileira de 1988, que institui Sistema Único de Saúde – SUS colocou a saúde como “*direito de todos e dever do Estado*” estabelecendo então, a universalidade da saúde e rompendo com um sistema de saúde, que caracterizava o cidadão brasileiro em duas categorias: os que tinham a carteira de trabalho assinada e que contribuía ao INAMPS e, portanto, tinham a assistência médica assegurada pelo Ministério da Previdência Social e as outras classes que não tinha sua carteira de trabalho assinada pelo empregador era então caracterizada no sistema de saúde como “*indigente*”. Ou com cidadania regulada.

A extinção do INAMPS e o estabelecimento da universalidade da atenção à saúde, da equidade, do acesso às ações e serviços e das diretrizes de descentralização, da regionalização, da integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional impõe aos entes federados a competência de definir políticas públicas de saúde para promover de mudanças concretas, que determinam a saúde como “*direito de todos e dever do Estado*” materializando na ação concreta de sujeitos sociais e de múltiplos atores, que atuarão na formulação das políticas de saúde.

LUCCHESI (2004) define políticas públicas como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público.” Desta forma o

Estado deverá produzir serviços a serem gerados pelo próprio Estado porque a ele caberá dar resposta as necessidades vividas e manifestada pela sociedade.

O termo Políticas Públicas tem sido frequentemente trabalhado no contexto de áreas e setores políticos específicos. Entretanto, é possível compreender políticas públicas enquanto conceito amplo e abrangente, desvinculando-o das diversas áreas a que pode ser aplicado, entendendo-se enquanto ações públicas que tentam regular problemas públicos, ou seja, problemas que surgem no bojo de uma sociedade e que tem relevância social. (TEIXEIRA, 1997, P 43)

Segundo LUCCHESI (2004), as políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e do ambiente natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

VIANA (2003) conceitua a política social como uma atribuição “definida politicamente, de direitos e deveres legais dos cidadãos. Estes direitos consistem na transferência de dinheiro e serviços com objetivo de compensar condições de necessidade e risco para o cidadão que goza de tal direito, e que não consegue acessar a esses mesmos bens com seus próprios recursos e/ou dotes individuais.” Afirma ainda que, “as definições sobre o campo da política social se originaram do debate político e cultural que se desenvolveu na arena política da questão da assistência social no século XIX.”

Em português, a palavra “política” se refere tanto ao processo de disputa por cargos e negociação de interesses na sociedade quanto à implementação de ações governamentais específicas, na área de educação, saúde, meio ambiente, redução da pobreza, e outras. Os cientistas políticos de língua inglesa usam palavras diferentes para estes dois processos, “politics” no primeiro caso, e “policy” no segundo, expressão que costuma ser traduzida para o português como “política pública”. A tradição portuguesa e brasileira aponta para o fato de que estas duas coisas estão ligadas, e uma não pode ser entendida completamente sem a outra; a tradição anglo-saxã, por outro lado, nos lembra que a implementação de políticas públicas deve obedecer a uma lógica própria, que requer a existência de profissionais especializados, recursos definidos, metas explícitas, mecanismos de tomada de decisão, sistemas de avaliação de resultados, e assim por diante. As Políticas públicas são estabelecidas, em suas linhas mais gerais, pela política, mas só a política não é capaz de transformá-las em ações governamentais específicas. Elas dependem, além disto, dos fatos, e da maneira pela qual os fatos são vistos e interpretados. Vejamos quais são os fatos, e, depois, suas possíveis interpretações. (SCHWARTZMAN – 2004 p. 175)

Na tradição alemã, onde a política social é definida em função da autonomia do período de estudo do corpo social; as agências organizadoras de base voluntária exercem um papel preponderante e cabe ao Estado normatizar; - a corrente inglesa, onde o Estado tem um papel dominante na política social. Pode-se afirmar que na Inglaterra, no final do século XIX, a partir de importantes inquéritos sociais, nasce uma nova disciplina a *social policy* e a *social administration* caracterizadas por uma forte orientação normativa e prática. O estudo dos problemas sociais era confrontado com os instrumentos de política pública com intuito de fornecer aos formuladores, decisores, funcionários públicos e operadores sociais, uma instrumentação técnica adequada para que escolhessem, com racionalidade e destreza, dentre as diferentes opções para o enfrentamento dos problemas sociais, as melhores alternativas de política e a melhor alocação financeira de recursos. (UNICAMP, 1999).

Segundo MEDEIROS (2001) as circunstâncias do surgimento e do desenvolvimento do *Welfare State* no Brasil são diferentes das observadas nos países aos quais as teorias pós-industrializados se referem. Além de ocorrer sob uma posição diferente na economia mundial, o processo de modernização brasileiro é marcadamente segmentado, com setores industriais modernos convivendo com setores tradicionais e com a economia agrária exportadora. O controle do mercado para produtos industriais por meio de políticas de massificação do consumo foi um aspecto secundário para um Estado preocupado com estratégias protecionistas, disponibilidade de insumos e investimentos em bens de capital e infra-estrutura.

As políticas sociais no período anterior à Revolução de 1930 eram fragmentadas e emergenciais, apesar de haver indícios da disposição de uma atuação mais global por parte do Estado, como a instituição por lei dos Departamentos Nacionais do Trabalho e da Saúde e a promulgação, em 1923, do Código Sanitário e da Lei Eloy Chaves, essa última sobre assuntos previdenciários. Os conflitos entre capital e trabalho eram regulados por legislação esparsa, e tratados basicamente pelo aparato policial. Questões de saúde pública eram tratadas pelas autoridades locais, não havendo por parte do governo central um programa de ação no sentido de atendê-las. A atuação do Estado restringia-se a situações emergenciais, como a epidemias em centros urbanos. A educação era atendida por uma rede escolar muito reduzida, de caráter elitista e

acadêmico, que visava preparar alunos para a formação superior. As reformas da época (escola nova) ocorriam regionalmente e de forma parcial, ou seja, não faziam parte de uma política global de educação. A previdência era predominantemente privada, organizada por empresas e categorias profissionais, e a questão habitacional não era considerada objeto de política pública (BARCELLOS, 1983).

As mudanças promovidas no período entre 1985 e 1988 são denominadas por FAGNANI (1997) de “*estratégia reformista*”, que se caracteriza pela crítica à centralização institucional e financeira do sistema. Para FAGNANI, os diversos planos de ação governamental instituídos nesse período priorizam o resgate da “dívida social”, rejeitando a sujeição das políticas sociais às medidas de ajuste macroeconômico.

Os principais impulsos reformistas do Executivo Federal, sobretudo no biênio 1985/1986, foram o reforço dos programas emergenciais no campo da suplementação alimentar, a incorporação da reforma agrária e do seguro-desemprego na agenda governamental e a instituição de grupos de trabalho e comissões setoriais constituintes. (DRAIBE, 2000 p. 216). No Legislativo, a principal medida foi à conclusão de parte do processo constituinte com a promulgação da nova Constituição em outubro de 1988, “que introduziu avanços formais, corrigindo iniquidades e ampliando direitos, especialmente no campo trabalhista e na seguridade social” (DRAIBE, 2000 p. 218).

Entretanto, afirma FAGNANI (1997, p. 220), esses impulsos foram seguidos por um esvaziamento da estratégia reformista no período compreendido aproximadamente entre 1987 e 1992. A “*contra-reforma*” conservadora é caracterizada por ampliação do assistencialismo e do clientelismo, paralisação da “estratégia reformista”, desmonte orçamentário e burocrático no campo social e oposição sistemática das forças conservadoras do executivo à agenda reformista, tanto em sua fase constituinte quanto na regulamentação complementar.

A estratégia governamental de política social no período 1990/1992 é caracterizada por um “vigoroso processo de desaparelhamento e fragmentação burocrática” resultante de ataques à presença do Estado na vida social (FAGNANI, 1997, p. 225). A descentralização passa a ocorrer de maneira acelerada e caótica, o que provoca vazios institucionais em determinados setores de política social e superposições

em outros. Até meados de 1990, o executivo passou a privilegiar ações assistenciais fragmentadas que favoreciam o fisiologismo e o clientelismo. Além da superposição institucional e de programas, as políticas sociais nesse período foram caracterizadas por cortes drásticos de orçamento sob a justificativa de necessidade de descentralização administrativa. Segundo FAGNANI (1997, p. 223), “(...) o governo federal subitamente “*lavou as mãos*” quanto a sua responsabilidade em uma série de programas que vinha gerindo centralizadamente há mais de três décadas”. A partir de 1993, no entanto, surgem inovações nas políticas sociais brasileiras que são consideradas positivas por DRAIBE (2000).

A descentralização das políticas, a articulação de fato entre os diversos programas e a parceria entre governo e movimentos sociais foram inovações que permitiram redução das práticas clientelistas, distanciamento das políticas assistenciais e continuidade dos programas. A introdução de critérios de delimitação territorial do público-alvo, aliados aos de renda, permitiram melhor focalização dos beneficiários. Essas transformações constituiriam para DRAIBE (2000) uma mudança radical, para melhor, no perfil das políticas sociais brasileiras.

Do ponto de vista do cumprimento de metas, descentralização e maior autonomia decisória efetivamente parecem ter andado juntas, na experiência recente do país, seja por ampliação de poderes de prefeitos e diretores de serviços sociais, seja por ampliação dos canais de participação social, através dos Conselhos Municipais e associações de pais nas unidades escolares. Coerentemente a tais efeitos, registrou-se maior satisfação de usuários e gestores. Mesmo quando sejam notoriamente insuficientes, por qualquer medida que as meçam, as maiores autonomia e participações registradas significam efetivas inflexões, no país, das suas fortes tradições de centralismo autoritário e burocrático, de difícil remoção, como se sabe. DRAIBE (1998b, p. 7)

A descentralização constitui um importante requisito a ser utilizado pela administração pública. No final do século XX. Segundo JUNQUEIRA *et al* (1997) a utilização da descentralização, como estratégia de mudança nas relações Estado e Sociedade, teve início nos anos 70, pelos países centrais democráticos, como alternativa à crise do Estado do Bem-Estar Social. Este modelo de Estado teria ocasionado uma enorme expansão do aparato burocrático para a gestão das políticas sociais, gerando, inclusive, uma acentuada centralização das decisões e comprometendo a sua eficácia. Nesse contexto, emergiu a demanda por reformas administrativas do aparelho estatal

para que este pudesse aprimorar o seu funcionamento em termos de eficácia, eficiência e abertura do processo decisório, frente à sociedade, no que se refere à questão de políticas sociais.

1.3. DESCENTRALIZAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

ARRETCHE (2000) afirma que, a descentralização é um dos pressupostos das diversas iniciativas de mudança que ocorreram na gestão do setor social nos últimos vinte anos. No entanto, o conceito varia conforme a concepção do papel do Estado e do entendimento que se tenha da natureza da crise a ser enfrentada. Apesar da concordância quanto ao significado geral de descentralização como transferência do poder central para outras instâncias de poder, constituindo um processo para um reordenamento do aparato estatal, as diferenças de posição de conservadores e progressistas sobre a finalidade da descentralização, decorrem de concepções distintas do papel do Estado e da sua relação com a sociedade e o mercado.

O processo de descentralização administrativa, posto em prática a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, modificou o cenário das políticas públicas no Brasil, com a transferência de várias responsabilidades do governo federal e estadual para os governos municipais, bem como o estabelecimento de uma autonomia para os municípios em várias áreas. Esses cenários de autonomia e descentralização administrativa estabeleceram novas responsabilidades aos municípios, bem como a necessidade de uma nova atitude dos governantes diante das demandas locais, sendo elas políticas ou sociais. Segundo ARRETCHE (2000), a despeito do aparato legal estabelecer as mesmas competências para todos os municípios, em um sistema federativo, a responsabilidade sobre políticas públicas não definidas pela Constituição é resultado da iniciativa própria dos entes federados ou adesão a algum programa proposto por um nível de governo superior que almeja descentralizá-las. Como a sociedade passa a estar mais próxima do poder público, podendo participar mais de perto uma maior agilidade do poder público, seja na implementação das políticas públicas necessárias, seja na busca de recursos externos.

A descentralização também é recomendada para reduzir o tamanho do aparato organizacional do Estado, de modo a que ganhe em agilidade e em eficiência na gestão de políticas sociais compensatórias, de modo a atenuar as desigualdades mais aparentes. O campo das ações governamentais ou o espaço onde se desenvolve o embate das idéias e interesses, que convivem neste mesmo espaço, vai sempre desempenhar um papel importante para o sucesso das políticas públicas. Este espaço vai ser preponderante para este sucesso, mas dependerá da sua capacidade de administrar os muitos interesses vigentes no local e nos outros níveis existentes. (ARRETCHE 2000)

As políticas públicas deviam dar conta das demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados mais vulneráveis socialmente. Essas demandas são interpretadas pelo poder público, mas influenciadas por uma agenda que procura criar na sociedade civil, a partir de pressão e mobilização sociais.

A descentralização alimentada por discussões de fóruns internacionais protagonizados pela Organização Pan-americana de Saúde (Opas). No período de 1930 a 1945, foram realizados vários congressos, principalmente na América Latina, na perspectiva de estabelecer um modelo de gestão da saúde.

O modelo de gestão adotado no Brasil adequou as propostas defendidas nos encontros internacionais às características do contexto político do projeto ideológico do novo governo, enfrentando as condições específicas da realidade brasileira e os interesses em jogo na área de atuação do ministério. Estabeleceu-se um padrão de atuação pública que combinava centralização normativa e descentralização executiva, canalizando para a instância administrativa estadual o gerenciamento dos serviços públicos de saúde, sob a orientação do governo central. (...) Atendendo a esses objetivos, foram criados distritos sanitários que podiam variar em extensão como também no número de municípios. (...). (LIMA, 2006 p. 44, 45)

Segundo ALMINO, citado por Ckagnazaroff, (2003) a “descentralização é entendida como divisão de poder dentro do aparato estatal. Ela pode ser um processo democratizante na medida em que a mesma passa a ser entendida não apenas como delegação de funções, mas também como fragmentação do poder através das diferentes esferas sociais.”

JACOBI (1983), citado por Ckagnazaroff, 2003. P. 27, “concebe descentralização como um meio de transferência de poder por parte do poder central para as unidades subalternas. Isto significa dotar de competências e recursos os organismos intermediários para que eles possam desenvolver suas respectivas

administrações de uma maneira mais eficiente, mais perto do cidadão e dos grupos sociais. Para tal, qualquer governo que pretenda implementar descentralização deve definir qual modelo a ser utilizado e o alcance e a esfera de participação do cidadão e dos grupos sociais.”.

A descentralização, mesmo vista como um processo de evolução administrativa traz consigo um processo de desconcentração de poder, aumentando em muito as disputas entre os grupos políticos locais. Segundo ARRETCHE (1996, p.156), há fortes indícios de conflitos internos da burocracia federal. Há parcelas desta burocracia fortemente comprometidas com a descentralização, seja pelo objetivo de redução de gastos federais, seja para reduzir o clientelismo e a corrupção, seja ainda por razões de eficiência e eficácia na prestação dos serviços.

A descentralização é concebida então, como um processo administrativo, um modelo de gestão, uma estratégia da administração, uma divisão de poder, que transfere as forças políticas locais na perspectiva da construção de políticas públicas locais dentro da realidade dos grupos sociais integrando as necessidades e estabelecendo uma política intersetorial permitindo assim a participação e controle social da comunidade na políticas públicas.

LUCCHESI (2004) define as políticas públicas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Para LUCCHESI (2004), as políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados.

1.4. FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS

HOPPE, VAN DE GRAAF e VAN DIJK (1985) *apud* Viana (1996).
Classificam as fases das políticas em:

- *Construção da agenda;*
- *Formulação de políticas;*
- *Adoção do projeto;*
- *Implementação;*
- *Avaliação; e*
- *Reajuste.*

Para eles, o processo de formulação de políticas pode ser visto como um diálogo entre intenções e ações, isto é, um processo contínuo de reflexão para dentro e para fora. Eles ressaltam que as fases de formulação de políticas e implementação constituem os dois momentos importantes na formação das políticas públicas, sendo fruto de diferentes processos e com diferentes funções sociais. As duas fases, portanto, são distintas, sendo a da implementação da execução de programas, que servem de ensinamentos para formuladores. Nesse sentido, a clássica dicotomia entre administração e política pode ser vista hoje, segundo essa separação entre as fases da *formulação* e da *implementação*, pois aquela ocorre em um espaço político de trocas e indeterminações conflitos e poder, enquanto esta se define em um espaço administrativo, concebido como um processo racionalizado de procedimentos e rotinas.

LABRA *apud* Silva (2000), afirma que a corrente pluralista defende que a formulação de políticas é dada segundo o jogo de forças empreendido por diferentes grupos de interesse que maximizam seus benefícios e reduzem os custos a partir de uma associação voluntária de seus membros. Enfatiza elementos tais como a dispersão do poder e o acesso livre e competitivo de grupos de pressão às esferas de decisão central, nessa concepção é a existência de poderes contrabalançados, de modo que todos os

grupos, por meio de pressões, aí incluído o *lobbying*, teriam a mesma chance de influenciar o *policy-making*. Os grupos se autodeterminariam e se organizariam de forma não hierárquica, havendo competição entre os mesmos. Em geral, não teriam permanência, já que se formam e se desmancham após cumprido o objetivo, e não se vinculariam formalmente às arenas institucionais de decisão. Essa abordagem tem sido criticada por atribuir o mesmo peso político a todos os grupos, inclusive ao Estado.

Como qualquer política pública, a política de saúde e de saneamento é fruto de um complexo processo de negociações e confrontações entre a burocracia pública, profissionais, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesses e organizações da sociedade civil. As instâncias colegiadas do SUS, enquanto espaço de embates e de escolha de política e técnicas, assumem elevado grau de importância na determinação dos rumos das políticas setoriais. Estas se pautam por diretrizes contidas na Constituição de 1988, nas leis 8.080 e 8.142 de 1990, e Normas Operacionais Básicas que respaldam a implementação do SUS. Trata-se, portanto, de decisões intermediárias que envolvem relações intergovernamentais entre a União e os entes subnacionais, buscando a cooperação para o sucesso de descentralização da política de saúde.

Como afirma SILVA (2000), “a formulação de políticas é caracterizada como a arte de estar decidindo como decidir, pode ainda ser dividida em três fases: primeira, quando uma massa de dados transforma-se em informações relevantes; segunda, quando valores, ideais, princípios e ideologias se combinam com informações factuais para produzir conhecimento sobre ação orientada; e a terceira fase, quando o conhecimento empírico e normativo é transformado em ações, aqui e agora”.

HOPPE e VANDIJK *apud* Viana (1995) identificam a fase de formulação de políticas como um diálogo entre interações e ações, ou seja, um percurso contínuo de reflexão para dentro e ação para fora, onde se elabora um plano para equacionar problemas que é executado na etapa da implementação. Na formulação é importante observar como uma proposição é escolhida entre alternativas, quais problemas interessam aos formuladores e quais serão descartados.

A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

1.5. INTERSETORIALIDADE

A Intersetorialidade é uma prática social que vem sendo construída a partir da existência de profundas insatisfações, principalmente no que se refere à capacidade das organizações sociais em dar resposta às demandas sociais e aos problemas complexos de nosso mundo. Segundo AKERMAN (1998) “a crítica à fragmentação produzida pela racionalidade cientificista, predominante na maneira de pensar e organizar o mundo existe há muito tempo. No entanto, as evidências de esgotamento desse paradigma têm sido cada vez maiores. Essa crítica atualmente produz mais eco e tem maior capacidade de estimular alternativas porque o mundo foi-se transformando mais complexo, produzindo problemas e situações novas que o conhecimento especializado e fragmentado não tem capacidade para explicar, nem a ação setorial tem capacidade de resolver”.

O conceito de intersectorialidade traz embutida a noção do desenvolvimento de ações integradas entre as diferentes áreas sociais – educação, saúde, habitação, assistência social e outras – e tem como princípio romper com uma visão fragmentada da política ou ação social, já que passa a exigir uma integração de objetivos, metas e procedimentos de governo. Tal perspectiva implica mudança governamental que tentam reformular suas estratégias de ação, formas de destinar recursos públicos sua estrutura organizacional e burocrática. (LEITE, 2005).

INOJOSA (2001) comenta que as disciplinas construíram seus saberes de forma bastante isolada e fragmentada procurando esgotar as questões que se apresentam em cada uma. Entretanto, vemos que esse aspecto de construção do conhecimento é inadequado para a compreensão do todo, visto que as realidades e os problemas estão cada vez mais poli disciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais, planetários e intersectoriais.

De acordo com JUNQUEIRA (1997), a intersectorialidade pode ser entendida como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação

de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social. O cidadão, para usufruir uma vida com qualidade, necessita que os seus problemas sejam tratados como eles se apresentam, na realidade, ou seja, necessita que sejam tratados na sua totalidade e não de forma fragmentada. “A intersectorialidade é uma lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas e considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas”.

No que se refere à aplicação da idéia de intersectorialidade nas políticas públicas, segundo INOJOSA, (2001), a lógica intersectorial pode ser mais permeável à participação do cidadão, já que suas necessidades se apresentam como no mundo real, intrinsecamente interligada, contribuindo para a reformulação da relação Estado e Sociedade. Ainda de acordo com essa autora, “através do paradigma da intersectorialidade, podemos ter uma visão completa dos processos que ocorrem no mundo real e das suas conexões entre os vários e diferentes níveis do contexto. A contribuição do paradigma da Intersectorialidade é valiosa na solução de problemas que parecem insolúveis, existentes neste mundo das pessoas e instituições”

Porém, uma perspectiva de trabalho intersectorial implica mais do que justapor ou compor projetos que continuam sendo formulados e realizados setorialmente. Às vezes, as pessoas usam a expressão intersectorialidade para se referir a conjuntos de projetos que eventualmente estabelecem algum diálogo na hora da formulação ou da avaliação. O conceito possui uma perspectiva mais ampla e tem um conjunto de implicações para a ação do Estado. (INOJOSA, 2001).

A ação intersectorial é um processo organizado, coletivo, não é espontâneo. Depende de uma ação deliberada, que pressupõe o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e também trabalhar os conflitos para que finalmente se possa chegar, com maior potência, às ações. Ações que não necessariamente implicam na resolução ou enfrentamento final do problema principal, mas que implicam na acumulação de forças, na construção de sujeitos, na descoberta da possibilidade de agir (CAMPOS, 2000).

A construção da intersectorialidade tem importância como processo, já que possibilita uma articulação de distintos setores sociais e a descoberta de caminhos para a ação, podendo transformar-se numa construção coletiva de um novo modo de estar no mundo. Essa capacidade de compartilhar, de reconhecer o lugar do outro, de ser tolerante, de articular fragmentações é em si mesma um ganho fundamental e é capaz de alimentar a vontade de seguir participando de muitas das pessoas e coletivos.

A intersectorialidade envolve também a expectativa de maior capacidade de resolver situações, de efetividade e de eficácia, pois, em todas as experiências reconhece-se claramente que ela se constrói sobre a necessidade das pessoas e setores de enfrentar problemas concretos. São as questões concretas que mobilizam as pessoas; são elas que criam o espaço possível de interação e de ação. Assim, apesar de o processo ser em si importante é fundamental também que se produza resultados parciais, palpáveis, perceptíveis para retroalimentar setores e pessoas participantes.

Muitas das iniciativas intersectoriais têm partido ou contam com uma participação ativa importante de atores oriundos do setor saúde. Essa não é uma contingência definida exclusivamente pela natureza desta rede e de seus participantes. De modo geral, percebe-se que a consciência das limitações da ação setorial está mais clara no setor saúde. A compreensão da determinação social do processo saúde-doença, a percepção do impacto de ações de outros setores sobre a saúde, como saneamento básico, urbanização, e da impotência setorial diante de certos problemas como a morbidade e mortalidade por causas externas, fazem com que o setor saúde esteja mais mobilizado em propor a ação e a articulação intersectorial.

Os espaços da intersectorialidade, portanto, são espaços de compartilhamento de saber e de poder, de construção de novas linguagens, de novos conceitos que não se encontram estabelecidos ou suficientemente experimentados. Há necessidade de um exercício permanente de paciência e de negociação, pois ninguém está acostumado a ficar pensando no assunto que é do outro; além disso, algumas vezes se percorrem caminhos já esgotados setorialmente, outras vezes surgem questões novas que jamais seriam pensadas do ponto de vista setorial. As competências constitucionais de estabelecimentos de políticas

1.6. RELAÇÃO SAÚDE E SANEAMENTO

A relação da saúde e o saneamento é caracterizado pelo desenvolvimento ambiental das relações de consumo e de vida são praticamente milenares. As obras escrita na metade do século V a. C. O tratado Hipocrático *Ares, águas e lugares* estabelecem a influência do meio físico na saúde e na doença e a interpretação prognóstica do médico. Esta obra é dirigida ao médico viajante, que se se desloca de uma cidade para outra, defronta-se com diferentes “constituições climáticas” e com povos de naturezas diversas. A tese principal do autor é que o meio ambiente de cada país condiciona as características físicas e morais de seus habitantes.

O tratado está dividido em duas partes. Na primeira, propriamente médica, o autor aponta os principais fatores que exercem influência sobre o estado sanitário de uma população. O médico ao chegar em uma cidade a natureza dos ventos a natureza dos ventos, das águas, do solo e o tipo de regime alimentar seguido pelo seus habitantes. E, à medida que sua observação avança, conhecendo as mudanças das estações, bem como o movimento dos astros, ele será capaz de elaborar a constituição climática do lugar e, portanto, fazer o prognóstico da constituição sanitária anual. A grande originalidade de *Ares, águas e lugares* encontra-se na influência dos fatores climáticos sobre o estado de saúde e de doença – passa a examinar também a ação do ambiente físico sobre a interioridade dos homens fatores ambientais determinam as diferenças de constituição que são observados entre os povos europeus e asiáticos. (FRIAS 2004 p. 63 e 64)

ROSEN (2006) afirma que, “ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Por exemplo, o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida puras, em volume suficiente, a assistência médica, e o alívio da incapacidade e do desamparo. A ênfase sobre cada um desses problemas variou no tempo. E de sua inter-relação se originou a Saúde Pública como a conhecemos hoje.”

SANEAMENTO E HABITAÇÃO. Encontram se evidências de atividades ligadas à saúde comunitária nas mais antigas civilizações. Cerca de quatro mil anos atrás, um povo, do qual pouco se sabe, desenvolveu uma grande civilização no norte da Índia. Sítios escavados em Mohenjo – Daro, no Vale da Índia, e em Harappa, no Punjab, indicam serem antigas cidades indianas planejadas em blocos retangulares, segundo, aparentemente, leis de construção. Banheiros e esgotos são comuns nas construções. As ruas eram largas, pavimentadas e drenadas por esgotos cobertos. (ROSEN 2006 p 31)

O saneamento é colocado aqui, como um dos fatores da origem da Saúde Pública, com uma relação direta na origem das doenças e da formação das comunidades.

Dois mil anos antes da era cristã já se tinham resolvido, em parte, o problema da água para comunidades maiores. Em palácios, como Cnosso, em Creta, do segundo milênio pré-cristão, havia não apenas magníficas instalações para o banho, como também descargas para os lavatórios. . Impressionantes ruínas de sistemas de esgoto e de banho atestam as façanhas dos em engenharia sanitária. (ROSEN, 2006 p. 32)

Em junho de 1982, o Ministério da Saúde realizou em Natal, capital do Rio Grande do Norte o Iº Seminário “Saneamento como atividade dos serviços básicos de saúde”. Em seus anais está registrado que “O Ministério da Saúde entende que as ações básicas de saneamento, tais como sistemas simplificados de abastecimento de água, destinação adequada de dejetos (privadas higiênicas) e do lixo, e outras melhorias sanitárias são partes fundamental dos cuidados primários de saúde e, como tal, devem necessariamente compor o elenco mínimo de atividades dessa rede”.

O fornecimento de água potável e o destino de dejetos são elementos essenciais e fazem parte integrante da atenção primária da saúde. o decênio internacional de abastecimento de água potável e de saneamento (DIAAPSA) 1981 – 1990 é um estímulo para os governos e as agências de cooperação internacional e bilateral para acelerar a cobertura dos serviços de abastecimento de água potável e de destinação adequada de dejetos. Assim sendo, o Decênio converte-se em um aspecto inerente da atenção primária de saúde e da estratégica global da Organização Mundial de Saúde – OMS em levar saúde para todos no ano 2000. (Anais do 1º Seminário – Saneamento como atividade dos serviços de saúde – 1982)

Na trigésima reunião anual da Organização Mundial de Saúde, 1978 foi decidido unanimemente que, a principal meta social dos governos deveria ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva.” Dentre os vários consenso definidos pela assembléia da OMS, destaca a definição da Atenção Primária da Saúde, como sendo:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e família na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e

econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (STARFIELD, 2002 p.31).

Com essa concepção é considerado reducionista avaliar efetividade de uma política isoladamente. No caso do saneamento básico, seu desempenho expresso apenas nos resultados epidemiológicos é impreciso pela estreita correlação entre as variáveis dependentes e intervenientes na questão, se desconsiderada a transversalidade produzida pelas suas ações e nestas pelas demais ações das políticas intersetoriais é de compreensão mínima. Segundo PHILIPPI (2005) “O saneamento do meio constitui uma das ações da saúde pública juntamente com a medicina preventiva e social (...)”, desta forma, o controle de todos os fatores do meio físico que exerçam ou possam exercer efeito deletério sobre a qualidade de vida das pessoas constituem as ações de saneamento do meio.

As ações de saneamento do meio estão inter-relacionadas, de forma que a implantação parcial de algumas atividades poderá comprometer a eficiência de outras. Por exemplo, a ausência de sistemas de tratamento de efluentes poderá resultar na contaminação do manancial da cidade e, portanto, inviabilizar ou encarecer o sistema de abastecimento de água. No entanto, é comum a prática de implantação de sistemas de abastecimento de água sem a implantação da rede coletora e sistemas de tratamento de efluentes. (PHILIPPI, 2005 p 22 e 23)

O abastecimento de água tem uma grande importância na saúde da população, por outro lado o aumento da taxa de consumo de água aumenta os efluentes, pois cerca de 80% da água potável utilizada é retornado no meio em forma de esgoto e se esta disposição não for acompanhada da implantação de rede coletora de esgoto poderá ter um saldo negativo na ausência.

A ocupação desordenada em áreas periféricas de regiões sem abastecimento de água e de esgoto reflete significativamente na qualidade da saúde pública, compondo indicadores regionalizados de morbi-mortalidade de doenças infecto – contagiosas demonstradas no estudo de Pedro Jacobi.

A melhoria do saneamento básico com 522.338 ligações domiciliares de água, entre 1975 e 1978, tem como resultado uma redução significativa na mortalidade por

diarréia. Concomitantemente, outros fatores, como a cloração da água domiciliar de água de bebida, a suplementação alimentar a gestante e nutrízes, a expansão de fornecimento de leite integral a criação e o crescimento da cobertura vacinal, explicam o declínio do coeficiente de mortalidade, de 80,50 por mil para 70,65 por mil. e este coeficiente se eleva na medida em que nos afastamos do centro, verificando uma regionalização das carências. (JACOBI, 1993, p. 38)

Os problemas classicamente tratados intrasetorialmente (como as próprias doenças) podem passar a ser tratado de maneira intersetorial, com intervenção na causalidade da doença provavelmente com resultados mais interessantes do que os obtidos tradicionalmente. A mobilização, reivindicação e entendimento de setores populares possam iniciar um trabalho de articulação de intervenção ampla. Como afirma o Coordenador da Pró – Central dos Movimentos populares de Mato Grosso. “Como falar em evitar a cólera num bairro como o Jardim Florianópolis, onde sete mil famílias vivem em péssimas condições. Não adianta ensinar a defecar no banheiro se a família não tem banheiro.” (Sivaldo Dias de Campos – I Seminário Popular de Saúde. Jornal Diário de Cuiabá, 1992 abr 4; p 5A)

O conceito de saneamento básico na abrangência de suas dimensões está contido em HELLER (1994), que o concebe no ciclo completo da água: em sua distribuição, frequência e qualidade; no esgotamento e tratamento sanitário; e na coleta e disposição dos resíduos sólidos. Considere-se ainda tratar-se de lugar complexo nas vias das políticas estruturantes de saúde, cuja amplitude na avaliação de efetividade de suas ações consiste em correlacionar variáveis dependentes e intervenientes de sutil permeabilização numa análise de efetividade na teia da intersetorialidade de gestão e financiamento de ações de saúde, de educação e de urbanização.

HELLER (1998) ao abordar a relação entre saúde e saneamento, coloca como vital inseri-la no contexto exposto da relação saúde e ambiente. A primeira constatação, nesse aspecto, é de que preocupações sobre a relação saúde-saneamento estiveram, na verdade, na raiz da atual visão saúde-ambiente. Foram quase exclusivamente às questões de saneamento, sobretudo antes da Revolução Industrial, aquelas que historicamente caracterizaram os determinantes ambientais da saúde. E, nesse ponto, os vários marcos que, ao longo da História, denotaram a preocupação da melhoria do ambiente visando à prevenção de problemas com a saúde humana, teve no saneamento seu referencial.

Apesar dessa tendência, há que se ter clara a persistência da importância do papel do saneamento no quadro de saúde, em especial nos países em desenvolvimento. Seria equivocado substituir a visão de saneamento pela visão ambiental mais ampla, sendo necessário sim, se reconhecerem as questões de saneamento como ainda na ordem do dia da saúde ambiental, localizando seu papel, sua pertinência e a aplicabilidade do conceito, identificando sociedades, ocupações, situações e fatores de risco associados.

O saneamento, visto como obra de infra estrutura encontra-se fortemente associada ao modelo sócio-econômico praticado no país e, a população mais vulnerável, corresponde justamente àquela excluída destes benefícios. Considerando essa premissa, permanece hegemônico em nível mundial o processo de globalização, suportado por uma visão neoliberal do desenvolvimento. É legítimo supor que a situação de dependência da economia periférica terá continuidade, acarretando maior exclusão e aprofundamento da pobreza, confirmando a pertinência da manutenção, como contemporânea, das preocupações com a relação saneamento – saúde.

O Governo do Estado de Mato Grosso, em março de 1992 , implanta política unificada de saúde e saneamento em regiões estratégicas. O projeto consistia em levar água potável a 95% dos mato-grossenses e leitos hospitalares a municípios como Peixoto de Azevedo, Matupá, Sorriso, Colider, Cáceres, Rondonópolis e Cuiabá. O objetivo estratégico do Programa consistia na análise de que os investimentos em redes de água e esgoto são automaticamente creditados na melhoria das condições de saúde da população. Em curto prazo esta política possibilitou o controle eficaz da qualidade da água através do aumento da dosagem de cloro, uma medida preventiva contra doenças, como a cólera. O Secretário Estadual de Saúde, Filinto Correia da Costa, afirma: “acredito que a aproximação com a SANEMAT e com a população beneficiada o trabalho de conscientização contra as doenças originadas pela falta de saneamento, ele considera fundamental as investidas na área seria difícil falar em melhoria de saúde sem investimento de base.” (Jornal A GAZETA – 04/03/1992 – p 4b e 4a)

BERTULIO (2000), sobre o modelo assistencial de Cuiabá afirma que o “o modelo tomou forma em 1987. [...] É um modelo excludente, que diferenciava a clientela entre clientelas previdenciárias, os trabalhadores formais de carteira assinada, daquela clientela que não tinha acesso ao mercado formal de trabalho que era mais da

metade da população brasileira, cuiabana e mato-grossense, e que não podia se valer do serviço de saúde.” Buscava-se a formulação de um modelo de assistência que incorporasse os princípios SUS aprovados na VIII Conferência Nacional de Saúde, incorporando as bases integralizadoras da promoção da saúde. Com a eleição do Prefeito Dante de Oliveira, representante das frentes democráticas no município de Cuiabá, aglutinou-se trabalhadores do setor saúde comprometidos com a reforma sanitária nacional, mato-grossense e cuiabana na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.

[...] Eu acredito que nós demos um passo muito importante nesse sentido. Acredito que nós conseguimos colocar em movimento o carro da saúde. Nós não resolvemos os problemas de saúde de Cuiabá de uma maneira geral, mas tiramos a saúde da UTI. A saúde hoje não está mais em estado de choque, como estava quando nós começamos a desenvolver esse trabalho a nível da Secretaria Municipal de Saúde. Foram implantadas outras ações priorizando o trabalho de promoção da saúde, da educação em saúde, de participação da população nas decisões da área da saúde. [...] Não existiam ações sobre o meio ambiente em Cuiabá, hoje nós fazemos o controle da qualidade da água que a população consome, trabalhamos sistematicamente no programa de controle de alimentos, estamos atentos fatores como mosquitos, ratos que interferem na saúde da população, trabalhamos na questão do saneamento básico, através do programa de esgoto condominial, trabalhamos no programa da raiva com o objetivo de acabar com a raiva canina no município de Cuiabá, num prazo máximo de 5 anos. Realmente mudamos o vetor de prioridade na área da saúde. (MULLER apud Bertúlio, 2000, p.132).

Fica evidente a construção do modelo assistencial de Cuiabá com a intersectorialidade na área de saúde e saneamento, buscando outros conceitos do saneamento do meio e do ambiente, indo além do saneamento com questão de obra de infra-estrutura.

O artigo 15º do Código Sanitário e de Posturas do Município de Cuiabá, no título II, trata da Proteção à Saúde: estabelece as competências ao município de Cuiabá no exercício das ações de vigilância sanitária visando promover, recuperar e manter a saúde da população com o controle e a fiscalização do saneamento básico e ambiental, compreendendo a água e sua potabilidade e fluoretação, os esgotos sanitários, o destino final de seus dejetos e as águas servidas; A coleta, o transporte e o destino final de lixo domiciliar, do lixo industrial, do lixo séptico e de substâncias tóxicas e radioativas. (CUIABÁ, 1992).

2. OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVO GERAL:

§ Analisar os princípios do sistema único de saúde nas leis básicas de saúde e de desenvolvimento urbano, nas políticas de saúde e saneamento no município de Cuiabá/MT.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

§ Identificar na Lei Orgânica Municipal e no Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano os princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde nas áreas de saúde e saneamento do município de Cuiabá/MT.

§ Descrever as categorias que contribuem para a organização da intersetorialidade na saúde e saneamento na Lei Orgânica Municipal e no Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do município de Cuiabá/MT.

§ Identificar na Lei Orgânica Municipal e no Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano a função social da cidade de Cuiabá nas áreas de saúde e saneamento

3. PERCURSO METODOLOGICO

3.1. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO:

A moldura de estudo, se deu com a análise documental da Lei Orgânica Municipal, promulgada em 05 de abril de 1990 e do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Cuiabá, que foi estabelecido na Lei Complementar nº 003, de 24 de dezembro de 1992.

Foi utilizada a análise documental como técnica de pesquisa, que envolverá a investigação em documentos oficiais. Serão analisados a Lei Orgânica Municipal e o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Cuiabá, nas áreas de saúde e saneamento, tendo à luz as categorias que referem os princípios do Sistema Único de Saúde e a intersetorialidade nas áreas de saúde e saneamento e ainda, a análise de jornais de circulação no Município e no Estado referente aos registros realizado por ocasião do mês de promulgação das leis em análise.

3.2 A ANÁLISE DOCUMENTAL

Segundo BARROS, (2006) “as ciências sociais valeram-se desde sempre da análise de documentos como peça de referência dos estudos sobre a sociedade, ao lado de outras técnicas de investigação.”

Conforme explica a própria designação, a análise documental compreende a identificação, a verificação e a apreciação de documentos para determinado fim. No caso da pesquisa científica, é, ao mesmo tempo, método e técnica. Método porque pressupõe o ângulo escolhido como base de uma investigação. Técnica porque é um recurso que complementa outras formas de dados como a entrevista. (BARROS, 2006 p. 271 e 272)

A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema. BARDIN (1977) define a análise documental como:

Uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob a forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referência. Enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados, a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação. O propósito a atingir é o armazenamento sob forma variável e a facilitação do acesso ao observador do acesso ao observador, de tal forma que este obtenha o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo). A análise documental é, portanto, uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados. (BARDIN, 1977 pag. 45)

Os documentos foram trabalhados a partir da definição a priori de categorias estabelecidas como princípios e diretrizes do SUS. Foram estabelecidas 5 categorias de

análise para o gotejamento dos documentos das leis básicas do município. O pesquisador buscou identificar nas categorias de análise a coerência com os princípios do SUS e apontando os aspectos relacionados com a intersetorialidade da saúde e saneamento e a função social da cidade, buscou ainda, a publicação de registro nos jornais no mês de promulgação das leis, referente aos documentos em análise, como forma de verificar a média do pensamento dos formuladores da Lei Orgânica Municipal – LOM e do Plano de Desenvolvimento Urbano, pois como afirma BARDIN (1977) “a análise documental permite passar de um documento primário (bruto), para um documento secundário (representação do primeiro)”.

A opção do autor por pesquisa documental é entendida como uma estratégia que acompanha o estudo sobre o tema e aos desafios a serem enfrentados para que os usos dos documentos possam ser mais bem explorados na interdisciplinaridade com outras disciplinas, como: a sociologia, a antropologia, a ciência política e a história, como um dos recursos capaz de entender os estudos científicos e a coerência intersetorial na formulação de políticas públicas na saúde e saneamento.

3.3. DOCUMENTOS ANALISADOS

3.3.1 DOCUMENTOS ANALISADOS

- § Lei Orgânica Municipal de Cuiabá, de 05 de abril de 1990;
- § Lei Complementar nº 003, de 24 de dezembro de 1992 – Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Cuiabá;
- § Lei Complementar nº 004, de 24 de dezembro de 1992 – Código Sanitário e de Postura, Código de Defesa do Meio Ambiente e Recursos Naturais, o Código de Obras e Edificações do Município de Cuiabá;
- § Jornais de circulação estadual no mês de promulgação das leis.

3.3.2. DOCUMENTOS REFERENCIAIS DA ANÁLISE

- § Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;

- § Constituição de Estado de Mato Grosso de 1989;
- § Lei Complementar Nº 22, De 09 de Novembro de 1992 – Código Estadual de Saúde
- § Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde
- § Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990
- § Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001 – Estatuto das Cidades

3.4. CATEGORIAS DE ANÁLISE

Segundo BARDIN (1977) “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e seguidamente por reagrupamento (...)”, desta forma, alguns agrupamentos da Lei Orgânica Municipal e do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano foram compostos e analisados em seus princípios e diretrizes, tais como a:

- § Regionalização;
- § Descentralização; e
- § Participação da comunidade.

Foram descritas também, as categorias que contribuem para a organização da intersetorialidade na saúde e saneamento presentes nos documentos:

- § Articulação com outros setores;
- § Construção coletiva.

A análise dessas categorias permitiu compreender a intenção documental de estabelecer o processo de intersetorialidade das políticas públicas na saúde e saneamento no município de Cuiabá.

3.5. CARACTERIZAÇÃO DAS CATEGORIAS

3.5.1. REGIONALIZAÇÃO

A Regionalização constitui um processo administrativo de organização de ações e serviços numa determinada região, compreende noções de territorialidade e de abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde e otimizando os recursos disponíveis. Portanto, a regionalização é uma estratégia administrativa de implantação racional dos recursos de saúde organizada segundo uma disposição hierárquica na qual é possível uma máxima atenção nos centros primários enquanto os demais serviços vão sendo apropriadamente utilizados de acordo com as necessidades individuais do paciente.

A regionalização pressupõe a alocação de recursos de saúde em uma determinada área, em uma ordem que facilite o acesso, ofereça alta qualidade dos serviços, baixo custo, equidade, com uma melhor e mais rápida resposta aos desejos e necessidades dos usuários.

3.5.2. DESCENTRALIZAÇÃO

Para que ocorra a descentralização é necessário que esteja fundamentado na hierarquização dos serviços, ou seja, a resolução dos problemas de saúde por níveis de atenção e tecnologias adequadas e com a garantia da resolutividade exigida em cada nível hierárquico.

O texto constitucional ao explicitar, em seu art. 198º As ações e serviços de saúde integra uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

Ao dispor sobre a "descentralização, com direção única em cada esfera de governo", o texto constitucional remete ao Município à condição de ente federado, de reconhecimento e revalorização do papel do governo local na provisão de serviços públicos essenciais.

È caracterizado pelo movimento sanitário brasileiro como a adoção das ações e serviços de saúde pelo município como estratégia de democratização do país.

Como afirma JACOBI (1992 p. 113) “O tema descentralização tem se tornado cada vez mais fundamental à democracia e ao processo de democratização do Estado na área urbana”. Portanto, é caracterizada como deslocamento de poder, não só do nível central para o local, mas principalmente, como um deslocamento de poder para os setores organizados. Necessariamente para que ocorra a descentralização deverá vir acompanhada da participação da comunidade

O documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e de fazer cumprir a lei" – publicado pelo Ministério da Saúde sintetiza o entendimento da descentralização na saúde. A Portaria 545/93, estabelece os procedimentos reguladores da descentralização dos serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Ela avança no sentido de regulamentar as relações entre os gestores do sistema em novo contexto, reconhecendo os novos papéis das esferas de governo e atribuindo ao processo de descentralização a flexibilidade exigida pela diversidade dos quadros institucionais, econômicos e sociais nas unidades federadas.

A descentralização, portanto, é caracteriza como: “redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, com o objetivo de: reorganização institucional; reformulação de práticas e controle social. Envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões, o estabelecimento desta prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, e dos mecanismos de participação e controle social. Tem como desafio a ruptura do modelo de desenvolvimento econômico dominante no Brasil, nas últimas décadas.” (BRASIL, 1993)

3.5.3 PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Segundo CORREIA (2000, p. 12) “a participação social foi institucionalizada no decorrer das modificações na relação entre Estado e a sociedade na década de 80, período da democratização do Estado brasileiro. Na área da saúde, esta participação foi concebida como controle social, ou seja, como controle que a sociedade deve ter sobre as ações do Estado e, conseqüentemente, sobre os recursos públicos, colocando-os na direção do interesse da coletividade”.

A existência de um efetivo controle social sobre a ação governamental, em todos os níveis, é requisito essencial à adequada implementação da construção do Sistema Único de Saúde. O controle social é o exercício da cidadania e o cumprimento desse requisito transcende a ação estatal e exige a presença de organizações legítimas de representação de interesses dos diversos segmentos sociais. Implica, porém, na existência, no âmbito das agências públicas, de mecanismos que assegurem as condições de acesso a informações e de democratização dos processos decisórios.

A legislação que ordena a implantação do SUS estabelece a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde como mecanismos privilegiados para o atendimento desse requisito. A lei 8.142/90 determina, em seu Artigo Primeiro, que o SUS "conterá, em cada esfera de Governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II – o Conselho de Saúde.” (BRASIL, 1990)

3.5.4 ARTICULAÇÃO COM OUTROS SETORES

É caracterizada pela participação de outros setores de políticas que compõem os condicionantes e determinantes que expressam o estado de saúde das pessoas, deve estar dirigida aos problemas gerado na cidade e que dependa dos setores executivo, legislativo, judiciário e da participação efetiva da sociedade. Em suma, a busca da “articulação com outros setores é um instrumento estratégico para que possa auxiliar na melhoria do funcionamento da prefeitura e da sua relação com o cidadão. Ela traz riscos

que devem ser avaliados previamente para que não se tenha uma estrutura mais complexa que, inicialmente, seria voltada para lidar com problemas de modo mais integrado, tornando-se outra fonte de conflitos para a prefeitura municipal, dificultando, então, o seu esforço na direção de uma maior eficiência, eficácia e democratização da máquina pública.” (CKAGNAZAROFF, 2003).

3.5.5. CONSTRUÇÃO COLETIVA

É caracterizada pela participação e responsabilidade do Estado, como uma unidade indissolúvel, consistindo numa visão integrada dos problemas vivenciados pelo cidadão com uma ação sinérgica entre os vários órgãos no nível federal, estadual e municipal responsáveis pelos serviços prestados ao cidadão. A busca da articulação na construção coletiva de propostas de intervenção entre os entes federativos e os seus vários departamentos e secretarias devem evitar a fragmentação da atenção às necessidades sociais e o paralelismo de ações, possibilitando um tratamento mais eficiente dos problemas complexos da sociedade e oferecer, assim, melhor qualidade de vida para a população, nas demandas específicas no que se refere à educação, saneamento, segurança, saúde, habitação, cultura, lazer, assistência social, trabalho, alimentação.

A abordagem intersetorial e de construção coletiva, objetiva a “formação de uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar e reduzir as desigualdades sociais e regionais e promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. “A articulação de saberes e experiências, ela envolve, então, diferentes pessoas, órgãos, departamentos, divisões e organizações, visto que os saberes na sociedade se encontram de forma fragmentada.” “Por outro lado, uma atuação intersetorial caracteriza-se, também, como uma atuação em rede, entendida aqui como um arranjo entre pessoas, órgãos, departamentos divisões, organizações, etc.” (CKAGNAZAROFF, 2003)

3.6. O MUNICÍPIO DE CUIABÁ

A cidade de Cuiabá é um pólo político, administrativo, comercial e cultural, e está sofrendo um processo de crescimento acelerado, com o aumento da população do município, a ocupação desordenada de espaços e a expansão e o adensamento de favelas em sua periferia. Com o crescimento da Cidade e as dificuldades de superação das distorções econômicas e políticas engendradas no período autoritário, os contrastes sociais e os índices de pobreza também se expandiram. A exposição de grupos populacionais aos riscos que afetam a saúde delineia um perfil epidemiológico predominando as doenças infecciosas passíveis de controle e prevenção. As doenças de veiculação hídrica sempre foram um sério problema estando entre as primeiras causas de mortalidade, devido às deficientes aos condicionantes de saneamento básico, higiene e educação da população.

A cidade foi fundada no dia 08 de abril de 1719, a descoberta do ouro determinou a instalação do núcleo inicial, que nasceu no século XVIII, no Vale do Córrego da Prainha, desta forma, a cidade se expandiu no rumo oeste e norte, aproveitando as facilidades oferecidas pela topografia. Nesta época, Cuiabá cresceu lentamente o primeiro salto do progresso deu-se no final do século com o surgimento do núcleo de ocupação na região do Porto. Já no século XX, quando a cidade foi ligada a São Paulo, através da rodovia que passava por Goiás aconteceu a aceleração desenfreada, principalmente na década de 70, e como conseqüência da Política da Integração Nacional do Governo Federal, nos trintas anos seguintes, referentes às décadas de 60, 70 e 80, mais de 360 mil novos habitantes somaram-se a capital. Até o ano 2000 é esperado uma população ainda maior. (Fundação de Cuiabá. Jornal Diário de Cuiabá, 08 de abr de 1994; p. 5A).

3.6.1. INFRAESTRUTURA BÁSICA DE SAÚDE E SANEAMENTO DE CUIABÁ

A Constituição Estadual estabelece que o Município irá gerir “com autonomia política, administrativa e financeira, interesses da população” e estabelece ainda, que deverá organizar-se pela sua lei orgânica e demais leis que adotar na gerência dos interesses da população. O Município deverá observar os seguintes objetivos prioritários: assistir os segmentos mais carentes da sociedade, sem prejuízo do estímulo e apoio do desenvolvimento econômico; estimular e difundir o ensino e a cultura, bem como proteger o patrimônio cultural e o meio ambiente; promover adequado ordenamento territorial, mediante planejamento e controle do uso, parcelamento e ocupação do solo urbano; assegurar as condições básicas para as ações e serviços que visem a promover, a proteger e a recuperar a saúde individual e coletiva, e realizar a ação administrativa, proporcionando meios de acesso dos setores populares aos seus atos. (MATO GROSSO, 1989)

A estrutura proposta em 1986 para a saúde do município de Cuiabá de descentralização e regionalização, através da criação e implantação dos Distritos Sanitários, deu origem a Administrações Regionais do município de Cuiabá, que de acordo com o Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano – IPDU, as “Administrações Regionais tem como objetivo articular-se intra e extra região visando a integração de esforços e a melhoria da qualidade no atendimento à população com o objetivo principal de aproximação do poder pública a comunidade na busca de meios para facilitar a execução de obras e serviços nos bairros, envolvendo os moradores e lideranças comunitárias, de forma mais direta no processo de discussão e encaminhamento de soluções para seus próprios problemas.” (CUIABÁ, 2007)

Uma das propostas fundamentais do modelo assistencial de Cuiabá foi a descentralização, a municipalização da saúde e a ampliação do acesso da saúde à população Cuiabana.

Na área da saúde, assume em Cuiabá, o médico sanitário Júlio S. Muller Neto, que elegeu como prioridade de sua administração municipalizar a saúde contemplando a viabilização do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, com base nos princípios da Reforma sanitária Brasileira em curso. As mudanças ocorridas no

período de 86/88, já enunciavam um modelo assistencial para a saúde do município, projetando a seguinte estrutura sanitária hierarquizada em cinco distritos: atenção primária, incluindo agentes da saúde eleitos e centros de saúde na área rural e periférica; atenção secundária, procurando dotar cada distrito de uma unidade mista (policlínicas) com urgência; leitos de observação, especialidades e laboratórios; foram construídas três policlínicas pela Prefeitura Municipal e uma pela Secretaria Estadual. De acordo com o relatório da CIMS, foram também incorporados dois PAM's do INAMPS ao modelo assistencial, completando a rede, o Hospital Municipal, o Hospital Universitário e os hospitais conveniados. (BERTULIO 2000 p 118 e 119)

Cuiabá passa então a ser organizado de forma regionalizada dividido de forma orgânica em quatro regiões administrativa, seguindo a projeção, então estabelecida no modelo de organização da saúde, em distrito sanitário de saúde, com as seguintes características de área e população.

Quadro1: Número de bairros, área e população das administrações Regionais de Cuiabá

Regional	Nº de bairros	Área km ²	População (censo IBGE /2000)
<i>Oeste</i>	<i>14</i>	<i>49,23</i>	<i>110.076</i>
<i>Leste</i>	<i>41</i>	<i>46,01</i>	<i>142.591</i>
<i>Norte</i>	<i>10</i>	<i>30,70</i>	<i>105.212</i>
<i>Sul</i>	<i>34</i>	<i>128,63</i>	<i>117.073</i>

Fonte: Organização geopolítica de Cuiabá – IPDU, agosto de 2007.

A organização da Saúde de Cuiabá em Distritos Sanitários possibilitou a elaboração de um plano de cobertura assistencial de saúde, que garantisse uma hierarquia da atenção através da descentralização e ampliação do acesso da população aos serviços perto de sua moradia, isto ampliou a extensão de cobertura e a descentralização das unidades de saúde em cada distrito sanitário

Quadro2: Equipamentos públicos de saúde do Município de Cuiabá/MT – 2005

Estabelecimento	Urbana	Rural
<i>Centro de Controle de Zoonoses</i>	<i>1</i>	<i>-</i>
<i>Centro de Saúde</i>	<i>29</i>	<i>-</i>
<i>Hospital e Pronto Socorro</i>	<i>1</i>	<i>-</i>
<i>Policlínica</i>	<i>5</i>	<i>-</i>
<i>Posto de Saúde</i>	<i>-</i>	<i>5</i>
<i>Clinica Odontológica</i>	<i>10</i>	<i>-</i>
<i>Centro de Reabilitação</i>	<i>1</i>	<i>-</i>
<i>Núcleo de Reabilitação</i>	<i>6</i>	<i>-</i>
<i>Laboratório Central</i>	<i>2</i>	<i>-</i>
<i>Centro Especialidades</i>	<i>1</i>	<i>-</i>
<i>Unidades do PSF</i>	<i>29</i>	<i>-</i>
<i>Serv. Ambulatório de Especializado</i>	<i>1</i>	<i>-</i>
<i>Unid. Móvel Rural</i>	<i>-</i>	<i>1</i>
<i>Centro de Atendimento Psicossocial</i>	<i>2</i>	<i>-</i>
<i>Centro convivência Idoso</i>	<i>2</i>	<i>-</i>
<i>Farmácia</i>	<i>1</i>	<i>-</i>

Fonte: Organização geopolítica de Cuiabá – IPDU Cuiabá.

Com relação à atenção hospitalar, o município de Cuiabá tem uma dependência total com o setor privado, somente 24,10% dos leitos disponíveis no município são público, isto contraria o preceito constitucional estabelecido na Lei 8.080, de que o setor privado deva participar do SUS de forma complementar. De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde a demanda de internação hospitalar é de 8% da população, que daria uma demanda de 43.579 internações hospitalares/ano. Utilizando os parâmetros assistenciais da Portaria nº 1107/GM de 12 de junho de 2002 teríamos uma necessidade de 448 leitos hospitalares, logicamente temos uma variação por clínica e a taxa de permanência hospitalar, principalmente na psiquiatria em que o tempo de permanência é grande. Ainda, considerando que o município de Cuiabá é referência estadual, interestadual até mesmo internacional possui duas faculdades de medicina, mas ainda não dispomos de leito para transplantes, a estrutura existente é suficiente para os serviços existentes, mas temos ainda a necessidade de ampliação para a alta tecnologia e transplantes.

Quadro3: Leitos hospitalares por tipo de prestado no Município de Cuiabá/MT Nov/2008

<i>Município</i>	<i>Público</i>	<i>Filantrópico</i>	<i>Privado</i>	<i>Total</i>
<i>Cuiabá</i>	462	595	860	1.917

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Analisando os quadros 5 e 6 percebe-se deficiências em infra estrutura básica para a população mais necessitada, 10.896 de domicílios não tem abastecimento de água e cerca de 65,10% do domicílios não estão ligadas na rede de esgoto, e seus detritos são lançadas a céu aberto ou mesmo nos rios que cortam a cidade.

Quadro4: Dados de saneamento da população de Cuiabá – 2000

<i>Domicílios atendidos</i>	<i>Abastecido</i>	<i>% dos domicílios</i>
<i>Abastecidos por rede geral de água</i>	116.241	91,43
<i>Possuem o lixo coletado</i>	117.091	92,10
<i>Possuem banheiros ou sanitários</i>	124.930	98,27

Fonte Censo Demográfico de 2000 – IBGE

Quadro5: População atendida por esgoto 2002 – 2005

<i>Esgoto</i>	<i>Ano</i>			
	2002	2003	2004	2005
<i>Ligações cadastradas (dez)</i>	44.376	44.118	44.794	47.699
<i>Economias cadastradas (dez)</i>	51.079	53.701	54.606	56.912

Fonte: Agencia Municipal de Saneamento – SANECAP

No quadro 6, é perceptível o aumento significativo de ligações na rede geral de esgoto, mesmo que sejam ligados a rede de galeria pluvial e da permanência na mesma tendência da utilização de fossa rudimentar, podemos considerar altamente deficiente em função de sua inadequação de destino final.

Quadro 6 Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária

<i>Instalação Sanitária</i>	<i>1991</i>	<i>2000</i>
<i>Rede geral de esgoto ou pluvial</i>	<i>16,2</i>	<i>51,8</i>
<i>Fossa séptica</i>	<i>51,4</i>	<i>21,6</i>
<i>Fossa rudimentar</i>	<i>24,6</i>	<i>22,8</i>
<i>Vala</i>	<i>1,5</i>	<i>0,8</i>
<i>Rio, lago ou mar</i>	<i>-</i>	<i>1,0</i>
<i>Outro escoadouro</i>	<i>0,8</i>	<i>0,5</i>
<i>Não sabe o tipo de escoadouro</i>	<i>0,8</i>	<i>-</i>
<i>Não tem instalação sanitária</i>	<i>4,8</i>	<i>1,6</i>

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

A coleta de lixo apresentou uma boa evolução, mas fica ainda uma indagação a respeito da destinação adequada do lixo.

Quadro 7 Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo

<i>Coleta de lixo</i>	<i>1991</i>	<i>2000</i>
<i>Coletado</i>	<i>86,2</i>	<i>92,0</i>
<i>Queimado (na propriedade)</i>	<i>7,7</i>	<i>4,5</i>
<i>Enterrado (na propriedade)</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>
<i>Jogado</i>	<i>5,5</i>	<i>2,9</i>
<i>Outro destino</i>	<i>0,3</i>	<i>0,4</i>

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

A economia cuiabana apresenta em evolução, principalmente entre os anos de 2002 e 2006, a renda per capita dos cuiabanos aumentou 70,8%, como revela estudo do PIB dos municípios brasileiros, divulgado pelo IBGE em dezembro de 2008. O PIB de Cuiabá, o valor total da sua produção das riquezas, somou R\$ 7,18 bilhões em 2006 é o 17º entre as capitais, o 42º no Brasil e o segundo maior do Centro-Oeste.

4. RESULTADO E ANALISES

4.1. INSTRUMENTOS LEGAIS DE CUIABÁ

4.1.1. A LEI ORGÂNICA MUNICIPAL

A Constituição Federal estabeleceu que o “Município reger-se-á por lei orgânica, votada em dois turnos, com o interstício mínimo de dez dias, e aprovada por dois terços dos membros da Câmara Municipal, que a promulgará, atendidos os princípios estabelecidos nesta Constituição, e na Constituição do respectivo Estado.” (BRASIL, 1988 – art. 29º).

A Constituição do Estado de Mato Grosso estabelece que os municípios regem-se pela sua Lei Orgânica e demais leis que adotar, com os poderes e segundo os princípios e preceitos estabelecidos pela Constituição Federal e nesta Constituição devendo:

I - garantir a participação da comunidade e de suas entidades representativas na gestão do Município, na formulação e na execução das políticas, planos, orçamentos, programas e projetos municipais;

II - previsão de assento em órgãos colegiados de gestão municipal de representantes das associações de

III - acesso garantido de qualquer cidadão, sindicato, partido político e entidade representativa à informação sobre os atos do Governo Municipal e das entidades por ele controladas, relativos à gestão dos interesses

IV - iniciativa popular de projetos de lei de interesse específico do Município, da cidade ou de bairros, através

VI - A criação das guardas municipais será efetivada por lei municipal. (MATO GROSSO, 2008).

A Lei Orgânica do Município de Cuiabá foi promulgada em 05 de abril de 1990, com um plenário composto de 21 (vinte e um) vereadores, que trabalharam durante 6 meses com as seguintes comissões: constituição, justiça e redação; economia e finanças; transporte, urbanismo e meio ambiente; educação, cultura e saúde. A composição partidária estava assim estabelecida: PMDB com 4 vereadores; PFL com 4 vereadores; PDT com 3 vereadores; PTB com 9 vereadores e o PT com 1 vereador

A primeira atualização da Lei Orgânica foi em dezembro de 1996, justificada por várias apresentações de emendas, liminares do Tribunal de Justiça e de ações de Inconstitucionalidades. A segunda atualização ocorreu em dezembro de 2004, sob a

justificativa de julgamento de Ações de Inconstitucionalidades relativa a vários dispositivos, bem como, à promulgação de emendas de sua primeira atualização.

O Jornal Diário de Cuiabá, na edição de 05 de abril de 1990, p. 5 fez referência a promulgação da Lei Orgânica Municipal. “nos seis meses de trabalho, o que se concluiu do texto aprovado foi o estabelecimento fiel da democracia representativa e participativa onde, na prática os poderes legislativos e do executivo foram limitado com a criação dos Conselhos Municipais. Ao todo de acordo com o art. 19 das disposições transitórias serão formados 9 conselhos municipais, vinculadas as respectivas secretarias municipais. Esses conselho e serão definido na política das suas respectiva áreas, tendo o caráter deliberativo, consultivo e de recurso. Eles terão compostos paritariamente, isto é, terão a participação da sociedade civil, do executivo e dos usuários e das entidades populares. “Os conselhos são os instrumentos da participação popular e pelo caráter que detém a constituem-se em órgãos superiores de decisão”. (Jornal Diário de Cuiabá, 1990 abr 05; p. 5).

Na promulgação da Lei Orgânica Municipal, considerado fato político do Estado de Mato Grosso, teve a presença de cerca de 2800 convidados, desta forma apresentamos os depoimentos feitos pelas autoridades e registrados nos jornais de circulação no território estadual.

Governador do Estado de Mato Grosso.

“Estou consciente que a Lei Orgânica Municipal trouxe abertura para a participação da comunidade como um todo nas discussões.” “Por esse motivo entendo que é uma constituição democrática e avançada”. (Governador Edson de Freitas. Jornal do Estado de Jornal do Dia; 1990 abr 06; P.6).

Presidente da Assembléia Legislativa de Mato Grosso.

“Foi um texto dos mais avançados no que diz respeito ao social. Acho que a Lei se ajustou à aspiração verdadeira do cuiabano, no que diz respeito à preservação de nossa cultura. Agora o município não é mais um instrumento na mão do Estado, e sim um poder constituído com autonomia administrativa no seu mais amplo sentido. Porém, o principal é que cada cidadão cuiabano seja um fiscal do cumprimento dessas leis. Eu

conclamo a população para essa fiscalização, pois seria muito triste se acontecesse com a Lei orgânica o mesmo que já vem acontecendo com a Constituição Estadual, que já tem mais de 30 artigos do seu texto que não esta sendo cumprido.” (Deputado Estadual Antonio Carlos Lopes Amaral. Jornal do Dia, 1990 abr 04; – P.6).

Prefeito Municipal de Cuiabá

“Não acredito que haverão problemas (sic). É possível perfeitamente trabalhar em harmonia” fazendo questão de afirmar que a decisão tomada pelos vereadores constituintes em delegar para a participação popular, que se fará através dos conselhos, a solução pública “é soberana.” (Prefeito de Cuiabá Frederico Campos. Jornal Diário de Cuiabá, 1990 abr 04; – P.5).

Presidente da constituinte municipal.

“Não acredito que surgirão problemas para o executivo cumprir as novas determinações. Ele enfatizou que os vereadores, ao longo do trabalho tomarão cuidado para não trazer dificuldades ao executivo. Cuiabá recebe hoje uma carta de fácil assimilação”. (Vereador Luís Marinho. Jornal Diário de Cuiabá, 1990 abr 04; – P.5).

Relator da constituinte municipal.

“É um instrumento jurídico capaz de acompanhar os avanços do tempo.” “É a materialização da democracia, cujo processo iniciou-se há quatro anos com os trabalhos da elaboração da constituição federal.” “A Lei Orgânica Municipal não possui coloração partidária. El tem a marca da participação popular.” (Vereador Luís Estevão Torquato. Jornal Diário de Cuiabá, 1990 abr 04; – P.5).

Vereadores considerados de partido de esquerda.

“A nova lei orgânica Municipal poderia ser mais progressista”. “Não existem dúvidas de que, se cumprida corretamente, a nova estrutura jurídica da organização municipal, que tem a marca popular, será perfeitamente possível de ser executada.” (Vereadores Chico Daltro –m PDT; José Antonio Rosa – PMDB e Wanderley Pignati – PT. Jornal Diário de Cuiabá, 1990 abr 04; – P.5).

Em um estudo realizado em 1990, pelo Núcleo de Desenvolvimento de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso, analisou o capítulo da saúde nas Leis Orgânicas Municipais enfocando os vários modelos de orientação em 47 dos 95 municípios existente na época e concluiu que:

[...] há uma base, até certo ponto articulada, do movimento sanitário em Mato Grosso. Apesar das grandes distâncias físicas entre os municípios do interior e os grandes centros que lideram os movimentos sociais, das dificuldades de comunicação e informação, houve uma presença marcante das propostas do movimento sanitário nas Leis Orgânicas Municipais – Capítulo da saúde. Como as Leis exigirão complementação normativa por meio de Códigos Sanitários Municipais, pode-se concluir que há uma base objetiva para a materialização de um Sistema Único de Saúde, com base municipal no Estado de Mato Grosso. (MEIRELLES e col. 1990 p.65)

Um dos fatores importantes no avanço dos preceitos estabelecidos na Lei Orgânica Municipal foi à participação da Universidade Federal de Mato Grosso nas formulações desta lei no âmbito municipal.

O Núcleo de Desenvolvimento em Saúde nesta época da UFMT propõe e executa um seminário com participação do legislativo e Secretários Municipais, profissionais de saúde com o objetivo de subsidiar a elaboração das leis, orgânicas municipais. Mais tarde o NDS, em virtude de ter se colocado como um interlocutor entre os municípios, firma convênio com a SES – MT e COSEMS, para desenvolver ações nas áreas de planejamento e administração, com trabalhos referenciados nos pólos regionais de saúde da SES- MT. O papel que é definido para o NDS foi na organização dos serviços e na elaboração dos planos de saúde (BERTULIO, 2000 pag. 115 e 116).

A Lei Orgânica assegura a autonomia do Município, e garante o respeito aos direitos básicos da população. A Constituição Federal colocou à disposição da cidadania um conjunto de instrumentos jurídicos que, corretamente utilizados, são capazes de assegurar o cumprimento das leis e a manifestação da vontade popular. (MATO GROSSO, 1989)

No processo de elaboração das leis orgânicas entende-se que os limites gerais dos princípios legais deveriam ser ultrapassados e que a descentralização dos serviços, da gestão e do poder, deveria traduzir-se em normas técnicas e administrativas que garantissem o desenho de um Sistema Único de Saúde que se viabilizasse a cada nível, mas principalmente no município, o mais perto do cidadão. (MEIRELLES e col. 1990)

A Lei Orgânica do município de Cuiabá contempla a saúde em todos os seus princípios e diretrizes e integra o saneamento ambiental como uma das ações da atenção primária da saúde, quando traz ao centro de saúde a execução das ações de controle ambiental, de vetores, roedores e reservatórios. A prática da saúde necessita do conhecimento científico de diversos campos para atuar no processo saúde/doença da engenharia, da medicina, da biologia, das ciências sociais, da sociologia, desta forma a integração do saneamento como atenção primária da saúde constitui um enfoque diferenciado e próprio das características locais, culturais, sociais, ambientais e econômicas. A inclusão do saneamento em uma seção fora da área da saúde ambiental passa a ser entendido como uma ação pontual e restrita de infra-estrutura e de obra em si mesmo, quebrando a característica local dos aspectos culturais, sociais e ambientais.

4.1.2. PLANO DIRETOR DE CUIABÁ

O primeiro Plano Diretor de Cuiabá foi elaborado na década de 70 e chamava-se Plano de Descentralização Local Integrado. Ele resultou de leis de delimitação das áreas urbanas e sua expansão. Porém suas propostas não chegaram a ser implementadas, e não se teve notícia de outro Plano Diretor que o tenha substituído. Este plano apresentou os dados populacionais dos anos censitários e fazendo a projeção para o ano 2000 de cerca de 805.300 habitantes. (Diário de Cuiabá, 1992 abr 08 p. 5A).

O censo do IBGE de 2000 apresentou uma população de 483.346 habitantes, e é visível a irregularidade e inconsistências das taxas de crescimento anual. Percebe-se que na década de 70 houve um grande salto populacional, praticamente dobrando a população na década e, que segundo a edição do Jornal Diário de Cuiabá, 1992 abr 08 p. 5A, isto se deve a “política de interiorização do desenvolvimento da região centro-oeste, estabelecido pelo Governo Federal.”

Evolução da população de Cuiabá

Ano censitário	N de habitantes
1872	35.987
1890	17.815
1900	34.339

1920	33.678
1940	54.394
1950	56.204
1960	56.828
1970	100.860
1980	212.980
1990	420.100
1995	583.900
2000	805.300

Fonte: IBGE – Plano Diretor

Este plano previa uma população para o ano de 2000 de 805.300, levando em conta o crescimento que o município vinha tendo a partir da década de 70. Pode verificar que na década de 1890 e 1920, Cuiabá teve um crescimento negativo e na década de 80 a população duplicou na década censitária. O censo do IBGE para o ano de 2000 apresentou um população para o município de Cuiabá de 483.346 habitantes, ficando evidente a distorção prevista no 1º plano de descentralização integrado de Cuiabá – elaborado em 1970, demonstra ainda, a caracterização da população de Cuiabá como praticamente urbana, com cerca de 98,6% de sua população vivendo na área urbana da cidade de Cuiabá. (IBGE, 2000).

Tabela - Taxa de crescimento censitário do 1º Plano de descentralização local integrado Cuiabá – 1970

<i>Ano censitário</i>	<i>População</i>	<i>Taxa crescimento %</i>
1872	35.987	
1890	17.815	- (49,50)
1900	34.339	92,75
1920	33.678	- (1,92)
1940	54.394	61,51
1950	56.204	3,33
1960	56.828	1,11
1970	100.860	77,48
1980	212.980	111,16
1990	420.100	97,25
1995	583.900	38,99
2000	805.300	37,92

Fonte: dados do 1º Plano de descentralizado de Cuiabá de 1970,

Para o cumprimento dos dispositivos estabelecidos na Lei Orgânica Municipal, principalmente os referidos no desenvolvimento urbano responsáveis pela função social do município, foi estabelecido no artigo 9º da presente Lei que é responsabilidade do Poder Municipal instituir no prazo de um ano após a promulgação da Lei Orgânica, um Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano. A Lei Complementar nº 003, de 24 de dezembro de 1992 dispõe sobre as diretrizes do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano e a Lei nº 004, de 24 de dezembro de 1992 institui o Código Sanitário e de Postura do Município, o Código de Defesa do Meio Ambiente e Recursos Naturais, o Código de Obras e Edificações.

O Plano Diretor pode ser definido como um conjunto de princípios e regras orientadoras da ação dos agentes que constroem e utilizam o espaço urbano. O Plano Diretor parte de uma leitura da cidade real, envolvendo temas e questões relativos aos aspectos urbanos, sociais, econômicos e ambientais, que embasa a formulação de hipóteses realistas sobre as opções de desenvolvimento e modelos de territorialização. O objetivo do Plano Diretor não é resolver todos os problemas da cidade, mas sim ser um instrumento para a definição de uma estratégia para intervenção imediata, estabelecendo poucos e claros princípios de ação para o conjunto dos agentes envolvidos na construção da cidade, servindo também de base para a gestão pactuada da cidade. Desta forma, é definida uma concepção de intervenção no território que se afasta da ficção tecnocrática dos velhos Planos Diretores de Desenvolvimento Integrado que tudo prometiam (e nenhum instrumento possuíam para induzir a implementação do modelo idealizado proposto).” (BRASIL, 2001 pag. 42)

“A elaboração do Plano Diretor de Cuiabá, esta a cargo do Conselho Municipal de Desenvolvimento Urbano, que para concluir as suas diretrizes básicas realizou 46 reuniões técnica, com a participação da sociedade e com uma visão para 20 anos”. “O Plano Diretor de Desenvolvimento de Cuiabá possui 3 partes: A primeira trata da caracterização da cidade, área por área, assim a saúde, educação, a energia, o saneamento entre outros, a partir do estudo foram apontadas as diretrizes gerais a serem seguidas, observando crescimento da cidade. A segunda parte apresenta as diretrizes em forma de lei. E a terceira parte é composta pelas leis municipais de gerenciamento urbano, que são os códigos de defesa do meio ambiente.” (CMDU aprova plano diretor. Jornal Diário de Cuiabá, 1992 abr 4).

Segundo o secretário municipal de planejamento de Cuiabá, “o plano diretor de Cuiabá é conjunto de leis, que deverão regular e ordenar o crescimento de Cuiabá. Ele é composto pelos códigos de obras, de postura, de meio ambiente, sanitário, além de

outras leis que o complementam. Trata-se de uma das mais importantes legislação que embasam a própria vida do município com influência em praticamente todos os setores da atividade que são exercida dentro da capital mato-grossense.” “A partir da formulação deste plano, a prefeitura reconhecerá a realidade e aspirações de cada comunidade definindo em seguida as prioridades de cada bairro. Concebido com a finalidade de promover o crescimento ordenado da cidade, o Plano Diretor traz importantes reformulações de desenvolvimento. Propõe a maior agilidade e eficiência na execução das atividades voltadas para o desenvolvimento do município e para melhoria do bem estar da população, como saneamento, meio ambiente, habitação, urbanismo, transporte urbano, infra-estrutura e valorização cultural.” (Rômulo Vandoni. CMDU aprova plano diretor. Jornal A Gazeta; 1992 abr 3 p. 7ª).

A presidenta do Instituto dos Arquitetos do Brasil – IAB, assim manifestou: “o trabalho foi elaborado tendo por base uma visão de 20 anos. [...] este plano foi elaborado por técnicos com a participação da Federação das Associações de Moradores de Bairros – FEMAB, até a Caixa Econômica Federal. Nos próximos 6 meses o Conselho Municipal de Desenvolvimento Urbano – CMDU vai elaborar a lei de uso do solo e parcelamento do solo. Esta lei defini por exemplo, em que local poderá ser construído uma residência, quantos andares pode ter um prédio localizado em determinada área. Em sua opinião o Plano Diretor de Cuiabá promete ser um dos mais avançados do país, a aplicação das leis vai redirecionar o crescimento da capital, que hoje se caracteriza como uma cidade de prestação de serviços. A idéia é fomentar a vocação industrial desafogar a área central e preservar o patrimônio histórico”. (Rita de Cássia- Presidenta do IAB. CMDU aprova plano diretor. Jornal A Gazeta; 1992 abr 3 p. 7ª).

4.2. POLÍTICA DE SANEAMENTO NO BRASIL, EM MATO GROSSO E EM CUIABÁ

O saneamento faz parte de serviços públicos de infra-estrutura, apresentado como característica principal o alto custo, principalmente dos custos fixos. TUROLLA (2002) afirma que, “A especificidade do capital empregado no setor de saneamento por

se tratar de um setor com volume de investimento requerido é bastante superior à média dos demais serviços público.”

O Governo Militar, instituído por força de ato institucional, cria o Banco Nacional de Habitação – BNH em 1964, que tinha como objetivo a implantação de uma política de desenvolvimento urbano, sendo criando dentro da estrutura do banco o Sistema Financeiro de Saneamento – SFS, com a finalidade de realização de diagnóstico da situação de saneamento no país

A partir da década de 1970, o Governo Militar criou o Plano Nacional de Saneamento (Planasa) com o ambicioso objetivo de atender 80% da população urbana com serviços de água e 50% com serviços de esgoto até 1980. A priorização de ampliação de cobertura do saneamento pelo governo militar foi explicitadas nos planos de desenvolvimento do período. Isso reflete a consciência que, conforme BARATT apud Turolla (2002), “já havia se formado na época entre os setores ligados ao planejamento, de que o cenário de baixo desenvolvimento desses serviços comprometia os objetivos de desenvolvimento socioeconômico e afetava as atividades indústrias e as condições de saúde.” O Planasa incentivou os municípios a concederem os serviços de saneamento à companhia estadual. Esta, por sua vez, tinha acesso aos empréstimos do BNH. (TURROLLA, 2002).

A criação das Companhias Estaduais de Saneamento Básico – CESB foram organizadas sob a forma de Sociedade Anônima, que deveriam obter as concessões diretamente do poder concedente, as autoridades municipais. Desta forma, o saneamento fica reduzido ao abastecimento de água e esgoto e estes serviços para serem fornecidos deverão ter rentabilidade financeira, ou seja, o serviço só é ofertado a quem pudesse pagar por estes serviços comprometendo a realização de outras necessidades da população, tais como: a drenagem urbana, o controle de artrópodes e roedores de importância à saúde pública; o controle da poluição das águas, ar e do solo; o saneamento dos alimentos; dos meios dos transportes; dos locais coletivos; dos locais de trabalho; das habitações do planejamento territorial e das situações de emergências.

As ações de saneamento do meio estão inter-relacionadas, de forma que a implantação parcial de algumas atividades poderá comprometer a eficiência de

outras. Por exemplo, a ausência de sistemas de tratamento de efluentes poderá resultar na contaminação do manancial da cidade, portanto, inviabilizar ou encarecer o sistema de abastecimento de água. No entanto, é comum a prática de implantação de sistemas de abastecimento de água sem a implantação de rede coletora e sistema de tratamento de efluentes. O aumento na taxa de consumo de água de uma comunidade depois da disponibilização de água encanada, cuja fonte principal anteriormente era o poço raso ou caminhão pipa, é normalmente acompanhado por aumento dos efluentes com extravasamento das fossas negras e em geral, lançamento nas sarjetas, dentre outras problemas decorrente. Um benefício à saúde pública, que é o abastecimento de água potável, poderá ter um saldo negativo, na ausência da implantação conjunta e concomitante do esgotamento sanitário. (PHILIPPI, 2005: p. 24, 25)

No Estado de Mato Grosso foi criada a Companhia de Saneamento do Estado de Mato Grosso - SANEMAT, sociedade de economia mista autorizada pela Lei nº 2.626, de 07 de julho de 1966, e pelo Decreto nº 120, de 03 de agosto de 1966. As Companhias Estaduais de Saneamento Básico – CESB, organizadas sob a forma de Sociedade Anônima, deveriam obter as concessões diretamente do poder concedente, as autoridades municipais.

Na opinião de PEIXOTO apud Turolla (2002), “nesta tarefa, respaldados no autoritarismo do governo federal, os governos estaduais e as CESB usaram todos os mecanismos de pressão política e de verdadeira chantagem econômica, vergando os então inocentes ou subservientes prefeitos e vereadores, na maioria dos municípios brasileiros, aos seus jugos e interesses”.

O modelo do PLANASA buscava a universalização do saneamento utilizando com estratégia a centralização no nível estadual com investimento em regiões mais rentáveis de forma que as Companhias Estaduais tivessem autonomia como unidade empresarial e industrial transformando a água potável em produto acabado e submetido à venda a quem possa pagar.

Em 1986, o BNH foi extinto. A Caixa Econômica Federal assumiu os antigos papéis do Banco no tocante ao financiamento do setor e recebeu o Sistema Financeiro do Saneamento. Submetida a limitações orçamentárias mais severas, teve de reduzir sensivelmente a oferta de recursos.

A Constituição de 1988 atribui aos três níveis de governo competências para atuação no saneamento na elaboração de diretrizes e promoção de programas de

melhoria das condições de saneamento básico e outorgando ao sistema de saúde à participar da política e da execução das ações de saneamento básico.

O Município de Cuiabá, através da Lei Complementar nº 041 de 23 de dezembro 1.997 criou a Agência Municipal de Serviços de Saneamento - AMSS, com a finalidade de regular e controlar as delegações para prestação dos serviços públicos de saneamento no município de Cuiabá. Esta agência é caracterizada como um órgão da administração pública, subordinada ao Prefeito, com um status de Secretaria Municipal, com autonomia administrativa e financeira, cuja finalidade será a de regular e controlar a prestação dos serviços públicos de saneamento, compreendendo abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta e disposições dos resíduos sólidos, de competência do município de Cuiabá. Desta forma o município passa a ter o controle e de estabelecimento das diretrizes do saneamento, mas apesar de ter sob sua competência a coleta de resíduos sólidos, sua execução é feita pela Secretaria de Obras.

A Companhia de Saneamento do Estado de Mato Grosso – SANEMAT é extinta em dezembro de 2000, através da Lei N° 7.358, a partir de então o município de Cuiabá cria a Agencia Municipal de Saneamento da Capital – SANECAP outorgada pela Lei Complementar n.º 041, de 23 de dezembro de 1997 e vinculando suas funções, na Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Desenvolvimento Urbano.

A participação da comunidade na gestão colegiada e democrática da questão do saneamento também foi contemplada a promulgação da Lei complementar N° 042 de 23 de Dezembro de 1997 cria o Conselho Municipal de Saneamento, com a finalidade de acompanhar, regular e controlar a prestação dos serviços públicos de saneamento, compreendendo abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta e disposições dos resíduos sólidos, de competência do Município de Cuiabá. Tais ações foram delegadas para exploração por terceiros, entidades pública ou privada, através de concessão ou permissão.

O Conselho constituído como unidade colegiada deliberativa e recursiva das atividades da Agência Municipal de Serviços de Saneamento da Capital cabendo-lhe como principais atribuições:

- I. Apreciar a deliberar sobre as normas de funcionamento da Agência;

- II. Apreciar e aprovar os planos de trabalho e as propostas orçamentárias da Agência;
- III. Analisar e encaminhar ao Executivo Municipal propostas de normas e regulamentos gerais e específicas para a regulação e controle de serviços de saneamento, dependentes de legislação;
- IV. Acompanhar a evolução dos padrões de serviços e custos, determinando análises e esclarecimentos nas situações de anormalidade;
- V. Analisar e decidir sobre os recursos interpostos das decisões do Diretor da Agência pelos prestadores dos serviços e usuários;
- VI. Analisar e se pronunciar sobre a Política Municipal de Saneamento;
- VII. Analisar e aprovar os reajustes dos serviços de Saneamento;
- VIII. Deliberar sobre todas e quaisquer questões afetas às atividades de regulação e controle dos serviços de saneamento apresentados pelo Diretor da Agência Municipal de Serviços de Saneamento.

A constituição do Conselho não resguarda os princípios de paritária, pois tem uma composição de sete membros, sendo três representando o executivo municipal um representante do setor privado e três membros representando os usuários. As competências deste conselho caracterizam com função de analista e de apreciação deixando de atuar na elaboração de diretrizes, políticas e planos de ação.

No nível federal foram concebidos vários programas de saneamento elencadas por TUROLLA (2002) com objetivo de supri a “lacuna deixada pela extinção do Planasa”, tais como:

- I. Programa de Saneamento para Núcleos Urbanos – Pronurb. Com a introdução do Pronurb no âmbito de um conjunto de três programas lançados em 1990 (Pronurb, Prosege, e Prosanear), os recursos do FGTS foram direcionados para esses programas, o que marca o fim do sistema Planasa.
- II. Pró-Saneamento. Consiste em financiamento com recursos do FGTS e com contrapartida dos estados, municípios e concessionários. É direcionado preponderantemente a grupos de famílias com rendimentos de doze salários mínimos ou de três salários mínimos na modalidade Prosanear. As ações

- financiadas incluem aumento da cobertura de água e de esgoto e gestão de resíduos sólidos; desenvolvimento institucional e melhorias operacionais dos prestadores de serviço; drenagem urbana; e projetos de novos empreendimentos.
- III. O Programa de Ação Social em Saneamento – Pass, destinado ao aumento da cobertura dos serviços de saneamento nos municípios de maior concentração de pobreza. Atuava preferencialmente nos municípios integrantes do Programa Comunidade Solidária e do Programa de Redução da Mortalidade da Infância.
 - IV. Programa Social de Emergência e Geração de Empregos em Obras de Saneamento (Prosege). Foi implementado em 1992 e aprimorado a partir de 1995.
 - V. Programa Funasa – Saneamento Básico. A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) aloca recursos para o desenvolvimento de ações de saneamento a partir de critérios epidemiológicos e de indicadores sociais. Seu programa de saneamento inclui a participação na gestão e na assistência técnica a serviços autônomos municipais, prioritariamente em pequenas localidades.
 - VI. Programa de Modernização do Setor de Saneamento (PMSS). Procurou induzir a reforma do setor mediante ações institucionais em âmbito nacional por meio de estudos e de assistência técnica dada a estados e a municípios, bem como mediante a realização de investimentos e de ações de desenvolvimento empresarial nas companhias estaduais.
 - VII. Programa Nacional de Combate ao Desperdício de Água (PNCDA). Teve com objetivo promover o uso racional de água e aumentar a eficiência dos sistemas em operação e, para tanto, identifica ações e instrumentos prioritários de combate ao desperdício de água, os quais são financiados por outros programas existentes.
 - VIII. Programa de Financiamento a Concessionários Privados de Serviços de Saneamento - FCP-SAN. Tinha como objetivo conceder financiamento com recursos do FGTS e do BNDES aos concessionários privados de saneamento com vistas ao aumento de cobertura dos serviços de água e de esgoto e das ações de desenvolvimento institucional e operacional.
 - IX. Programa de Assistência Técnica à Parceria Pública – Privada em Saneamento – Propar. O objetivo desse programa é o financiamento a estados e municípios na

contratação de consultoria técnica sobre a elaboração e a implantação de modelos de parceria público-privada na operação de sistemas de saneamento.

- X. Programa de Pesquisa em Saneamento Básico (Prosab). Esse programa financiou o desenvolvimento de pesquisas na área de saneamento.

Como afirma VILAÇA (1993) “[...] a sociedade tem problemas de saúde e saneamento e o governo e as instituições públicas tem programas”.

Em janeiro de 2007 o Governo Federal promulga a Lei Nº 11.445, que estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico. Os serviços públicos de saneamento básico serão prestados com base nos seguintes princípios fundamentais:

I - universalização do acesso;

II - integralidade, compreendida como o conjunto de todas as atividades e componentes de cada um dos diversos serviços de saneamento básico, propiciando à população o acesso na conformidade de suas necessidades e maximizando a eficácia das ações e resultados;

III - abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos realizados de formas adequadas à saúde pública e à proteção do meio ambiente;

IV - disponibilidade, em todas as áreas urbanas, de serviços de drenagem e de manejo das águas pluviais adequados à saúde pública e à segurança da vida e do patrimônio público e privado;

V - adoção de métodos, técnicas e processos que considerem as peculiaridades locais e regionais;

VI - articulação com as políticas de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate à pobreza e de sua erradicação, de proteção ambiental, de promoção da saúde e outras de relevante interesse social voltadas para a melhoria da qualidade de vida, para as quais o saneamento básico seja fator determinante;

VII - eficiência e sustentabilidade econômica;

VIII - utilização de tecnologias apropriadas, considerando a capacidade de pagamento dos usuários e a adoção de soluções graduais e progressivas;

- IX - transparência das ações, baseada em sistemas de informações e processos decisórios institucionalizados;
- X - controle social;
- XI - segurança, qualidade e regularidade;
- XII - integração das infra-estruturas e serviços com a gestão eficiente dos recursos hídricos.

4.3 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E DO SANEAMENTO

O Decreto nº 171 de 07 de junho de 1938, que estabelece a reorganização dos serviços sanitários de Mato Grosso, em seu artigo 4º que “para a realização dos serviços do Departamento de Saúde, será o Estado dividido em tantos Distritos Sanitários quantos forem necessários a rápida e eficiente execução das providências relativas à defesa da saúde coletiva.” (MATO GROSSO, 1938)

A estratégia de divisão territorial do Estado de Mato Grosso, em 1938 tinha como objetivo a facilitação da comunicação e tratamento das doenças regionalizadas, com uma forte intenção para que o município organiza-se uma rede assistencial formada por postos e centros de saúde atendendo aos modelos propostos por organismos internacionais, mas que resguardavam a supremacia do Estado.

Com relação a este cenário desencadeado a partir de 1930, referente às alterações no campo da saúde pública e os conflitos políticos, Lima faz a seguinte análise.

A política de saúde pública foi definida a partir de critérios que privilegiaram uma centralização normativa acompanhada por uma descentralização executiva, criando mecanismos que fortalecessem a presença federal nos estados como contraponto SOS interesse privados regionais. O desenho institucional acompanhou o projeto político ideológico do governo de constituição do Estado Nacional brasileiro, estabelecendo mecanismos burocráticos que viabilizassem a integração das três esferas administrativas – federal, estadual e municipal. (LIMA, 2005 p. 43)

O Ministério da Saúde considera a regionalização uma estratégia prioritária do para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar os gastos e otimizar os recursos; e

potencializar o processo de descentralização. Não há como deixar de reconhecer a relevância e urgência desse processo.

A Lei nº8080, que dispõe da organização e funcionamento dos serviços de saúde regulamentando os preceitos constitucionais, tem com objetivo a formulação de políticas de saúde destinada, nos campos econômicos e sociais da saúde como direito fundamental do ser humano propõe ainda que os serviços de saúde sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Uma das estratégias proposta aos municípios para integrar políticas e articular recursos e de se organizar em distritos.

A Constituição do Estado de Mato Grosso, no título que trata dos municípios, propõe como estratégia fundamental a divisão do município para fins administrativos em Distritos, administrados por Sub-Prefeituras, e Regiões administrativas, democratizando assim a participação da população na gestão, planejamento, execução, fiscalização e controle da coisa pública

O território dos Municípios poderá ser dividido para fins administrativos em Distritos, administrados por Sub-Prefeituras, e Regiões administrativas. Em cada Distrito será instituído um Conselho Distrital de Representantes da População, eleitos pelos moradores da localidade, o qual participará do planejamento, execução, fiscalização e controle dos serviços e atividades do Poder Executivo no âmbito do Distrito, assegurando-lhe pleno acesso a todas as informações que necessitar. (MATO GROSSO, 2008 – art. 179)

O Código Estadual de Saúde, instituído pela Lei Complementar nº 22 de 09 de novembro de 1992, regulamenta o controle e a fiscalização das ações de saúde no Estado de Mato Grosso, caracterizando os aspectos da gestão da saúde no âmbito estadual e municipal. E estabelece no artigo 13, que trata da organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde. A diretriz da regionalização da saúde é muito bem caracterizada, através da estratégia da implantação de Distritos Sanitários, como uma política indutiva na regionalização e estratégica para a organização do SUS em territórios que tenham uma mesma lógica do perfil epidemiológico da população e focando a gestão na cobertura dos condicionantes da saúde para a ação intersetorial.

A organização, o funcionamento e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde obedecerão as seguintes diretrizes: - considerar o Município como a unidade geopolítica e social do país, com autonomia para decidir sobre seus peculiares interesses, transferindo ações e serviços para aqueles que tenham condições e vontade política para assumi-lo, como componente estratégico da descentralização e da implantação dos Distritos Sanitários, com a respectiva transferência de recursos e encargos compatíveis, garantindo assessoria técnica - no âmbito municipal, o Sistema Único de Saúde poderá organizar-se em Distritos Sanitários para integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações e serviços de saúde. (MATO GROSSO, 1992 - Art. 13)

A organização da atenção à saúde é tratada no Código Estadual de Saúde, como uma estratégia de integração dos serviços básicos de saúde evidencia o Distrito Sanitário como modelo organizacional e estratégico de regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso e também o modelo sugerido aos municípios. “O Sistema Único de Saúde do Estado terá como modelo funcional, administrativo, resolutivo e gerencial o Distrito Sanitário, responsável pelos cuidados básicos de saúde da população que vive em um território determinado.”

O Distrito Sanitário será composto de unidades sanitárias, policlínicas, unidades regionais, hospitais centros especializados, capazes de resolver os problemas de saúde em todos os níveis de atenção. Para a criação dos Distritos Sanitários deverá ser observado os seguintes critérios e princípios:

- I - área geográfica de abrangência;
- II - estratégia e comando único;
- III - sistema único de aplicação de recursos;
- IV - realidade epidemiológica social;
- V - cobertura;
- VI - adscrição da clientela;
- VII - unidades e equipamentos dos serviços de saúde;
- VIII - resolutividade dos níveis de complexidade;
- IX - integralidade dos serviços;
- X - relação eficiência e participação social. (MATO

GROSSO, 1992)

A prática assistencial nos Distritos Sanitários caracterizar-se-á com uma abordagem intersetorial e holística, vendo o cidadão como um todo, tanto nas questões

individuais como nas questões sociais e sua relação com o meio ambiente. Os formuladores da política de saúde do Estado pensaram como elemento estratégico para a intersectorialidade das ações o espaço territorial do Distrito Sanitário com capacidade de articular os setores da administração pública e da sociedade para a intervenção nas necessidades da comunidade referência do território do distrito.

A regionalização da saúde e do saneamento não se constitui somente um tratamento de problemas de saúde regionalizados, mas também para contribuir e permitir a ampliação da participação comunitária e da democratização dos serviços públicos de características universais. Contribui também, para garantir que os serviços respondam a necessidade dos usuários e seja aceito por eles. Proporciona a constituição de mecanismos mais adequados de supervisão e o controle. Favorece uma maior cobertura e entrega mais oportuna dos serviços e contribui para a flexibilização da gestão dos serviços e seu ajustamento às necessidades locais.

A regionalização da saúde apresentou alguns modelos de gestão da saúde no período de 1930 a 1945, o que mais se destacou foi o modelo que combinou a centralização normativa e a descentralização executiva para o gerenciamento da saúde e, este modelo foi denominado de distritos sanitários, principalmente com o fortalecimento da instância estadual, Lima tem a seguinte posição relativa aos distritos sanitários, estabelecidos como modelos de gestão da saúde no período de 1930 a 1945:

Atendendo a esses objetivos, foram criados distritos sanitários que podem variar em extensão como também no número de municípios que os constituídos, nos quais foram instalados postos de saúde fixos ou itinerantes com intuito de chegar às regiões do interior dos estados. O fortalecimento da instância estadual como foco de controle político era evidente que, entre as medidas previstas no processo de implantação do sistema distrital, o governo central aventava a possibilidade de não existirem serviços de saúde mantidos pelos municípios. (LIMA, 2005 p.45)

O processo de regionalização contempla uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços

necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

A regionalização na Lei Orgânica e no Plano Diretor de Cuiabá

Categoria	Lei Orgânica Municipal	Plano Diretor
Regionalização	<p><i>Art. 165º O conjunto das ações e serviços de saúde do Município de Cuiabá integra uma rede regionalizada e hierarquizada, é desenvolvido por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta, e constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), que é regulamentado por esta lei.</i></p>	<p><i>Art. 5º Constituem-se diretrizes específicas do desenvolvimento urbano de Cuiabá na área da saúde:</i></p> <p><i>I operacionalizar os Distritos Sanitários conforme “Código Sanitário e de Posturas do Município” (L.C. nº 003, 24/12/92)</i></p> <p><i>Art. 7º O Sistema de Saúde do Município de Cuiabá, terá uma unidade funcional, administrativa e orçamentária, responsável pelos cuidados básicos da saúde da população que vive em um território determinado, e será denominado de distrito sanitário.</i></p> <p><i>Art. 8º O Distrito Sanitário será composto pelas unidades sanitárias, policlínicas, hospitais e centros especializados, definidos espacialmente, com plano de atividades e comando único, capaz de resolver os problemas de saúde em todos os níveis que requerem atenção.</i></p> <p><i>Art. 13º O sistema Único de Saúde será regionalizado e hierarquizado, entendendo-se por:</i></p> <p><i>I). REGIONALIZAÇÃO – a divisão de espaços geográficos dos serviços de saúde, agregando-se a noção de funcionalidade e governabilidade do Sistema, tendo por base um eixo político administrativo em que se compatibiliza, num mesmo espaço, as políticas sociais e coletivas;</i></p> <p><i>II). HIERARQUIZAÇÃO – organização dos serviços por níveis de atenção que variam as suas complexidades tecnológicas e de uma organização familiar de conotação seletiva, que atende um perfil das necessidades num determinado tempo e espaço. (Código Sanitário- L.C. nº004, 24/12/1992).</i></p>

O município de Cuiabá observou as diretrizes da política nacional e estadual estabelecida em sua Constituição e no Código Estadual de Saúde mantendo a coerência institucional para a realização do bem-comum da função pública do Estado.

4.4. A DESCENTRALIZAÇÃO NA LEI ORGÂNICA MUNICIPAL E NO PLANO DIRETOR.

Para JUNQUEIRA (1997) a “descentralização é um dos pressupostos das diversas iniciativas de mudança que ocorreram na gestão do setor social nos últimos vinte anos”. Na saúde este processo se deu através da edição de Normas Operacionais de Assistência da Saúde – NOAS, e editada em 2002 entendendo a regionalização como “um processo de organização das ações e serviços de saúde numa determinada região, visando à universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade, com os seguintes objetivos:

Descentralização na Lei Orgânica e no Plano Diretor de Cuiabá

Categoria	Lei Orgânica Municipal	Plano Diretor
Descentralização	<p><i>Art. 165º O conjunto das ações e serviços de saúde do Município de Cuiabá integra uma rede regionalizada e hierarquizada, é desenvolvido por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta, e constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), que é regulamentado por esta lei.</i></p>	<p><i>Art. 9º O Distrito sanitário obedecerá aos seguintes princípios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a) área de abrangência;</i> <i>b) estratégia única;</i> <i>c) sistema único de aplicação de recursos;</i> <i>d) realidade epidemiológica social;</i> <i>e) cobertura;</i> <i>f) unidades e equipamentos dos serviços de saúde;</i> <i>g) resolutividade dos níveis de complexidade;</i> <i>h) integralidade dos serviços;</i> <i>i) relação eficiência e participação social.</i> <p><i>Art. 11. O sistema Único de Cuiabá contará com os seguintes Distritos Sanitários, que se compatibilizarão com outros setores sociais, como educação, transporte, assistência social, obras públicas, abastecimento, segurança e outros, bem como com as diretrizes estabelecidas no plano de uso do solo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>I). Distrito Sanitário Sul;</i> <i>II) Distrito Sanitário Centro Sul;</i> <i>III). Distrito Sanitário Oeste;</i> <i>IV). Distrito Sanitário Leste;</i> <i>V). Distrito Sanitário Centro Norte.</i> <p><i>Art. 12º O Sistema Único de Saúde de Cuiabá, tendo como pressuposto básico a saúde/doença como processo socialmente determinado, com suporte num conhecimento MULTIDISCIPLINAR, impõe tarefa em processos de natureza distinta, tais como: política, normativa, gerencial, organizativa e operacional, apontando como direcionamento, para os seguintes objetivos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>IV) Fortalecer a gestão descentralizada e participativa do SUS a nível local, visando à descentralização e o controle social sobre a produção e consumo de saúde.</i> <p><i>Art. 14º O Distrito Sanitário, levando-se em consideração os aspectos político-gerenciais e, relacionando-se a outros setores sociais, demandará articulação extra-setorial, de forma a garantir a descentralização técnico-administrativa, participando do eixo decisório. (Código</i></p>

A descentralização do Estado, em particular nas capitais brasileiras foi fortalecida pelo processo de redemocratização com as eleições diretas para prefeito das capitais em 1986, que trouxe para junto das autoridades políticas municipais um forte desejo de autonomia que se institucionalizou com a autonomia dos entes federados na Constituição de 1988. O processo eleitoral das capitais, de 1986, faz surgir propostas democráticas, transparentes de administração pública, planejamento participativo e um forte anseio de realizar a administração pública municipal mais próxima do cidadão e dos grupos sociais mais vulneráveis.

JUNQUEIRA (1997) afirma que a “proposta de descentralização é, pois, uma possibilidade de alterar a gestão de uma política setorial, no caso da saúde, mas não garante a sua eficácia. O cidadão para resolver seus problemas necessita que sejam considerados na sua totalidade e não de forma fragmentada por apenas uma política. Apesar dos serviços serem dirigidos aos mesmos grupos sociais, que ocupam o mesmo espaço geográfico, são executados isoladamente por cada política pública.”

Os conceitos de intersetorialidade e descentralização aproximam-se, na medida em que este último é compreendido como a transferência do poder de decisão para as instâncias mais próximas e permeáveis à influência dos cidadãos e o primeiro diz respeito ao atendimento das necessidades e expectativas desses mesmos cidadãos de forma sinérgica e integrada. Ambos devem considerar as condições territoriais, urbanas e de meio ambiente dos micro-espacos que interagem com a organização social dos grupos populacionais. (JUNQUEIRA 1997 p. 24).

4.5. A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE DA SAÚDE NA LEI ORGÂNICA MUNICIPAL E NO PLANO DIRETOR.

A lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 foi instituída para regulamentar a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e que tinham sido vetados pelo Presidente Collor. O SUS contará em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) duas instâncias colegiadas a Conferência e o Conselho

de Saúde. Estabelece os critérios para recebimento dos recursos do Governo Federal pelo município, Estado e Distrito Federal, entre eles da existência do Conselho de Saúde

Desta forma, a Lei nº 8.142 instituiu canais de participação dentro do Sistema Único de Saúde: a Conferência de Saúde com composição de vários segmentos sociais, e com competência de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis de governo correspondentes, sendo convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. Já o Conselho de Saúde tem o caráter de funcionamento permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e suas decisões serão homologados pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Segundo CARVALHO (1999) “a idéia da participação comunitária aparece no início deste século, como um componente ideológico e prático do movimento dos centros comunitários de saúde norte – americanos, representando um novo padrão de relação Estado – Sociedade no setor saúde.”

Entendemos aqui, como participação o conceito estabelecido por DEMO (1993). “Participação é conquista para significar que é um processo, no sentido legítimo do termo: infundável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo. Assim participação é em essência autopromoção e existe enquanto conquista processual. Não existe participação suficiente, nem acabada. Participação que se imagina completa, nisto começa a regredir.”

O Iº Seminário Popular de Saúde Estadual, de abrangência estadual, teve como objetivo “estabelecer um processo de luta popular para ocupar o espaço assegurado na constituição federal e conquistar o poder de definir os rumos da saúde pública”. Segundo a Coordenadora do Movimento Popular de Saúde – MOPS “o Estado não está interessado em praticar as leis que asseguram a participação popular e melhorar o

sistema de saúde pública”. “Nossa idéia é trabalhar continuamente em defesa da participação da comunidade em tudo que diz respeito à saúde pública.” (Fátima Ticianel Scharader– Coordenadora do MOPS. Iº Seminário Popular de Saúde. Jornal Diário de Cuiabá, 1992 abr 1992)

CARVALHO (1999) afirma ainda que, a “participação tem o sentido de resistir à exclusão social, significa integrar múltiplas formas de ação coletiva voltada para a obtenção/ampliação do acesso a bens e serviços de consumo coletivo.”

Participação da comunidade na Lei Orgânica e no Plano Diretor de Cuiabá

Categoria	Lei Orgânica Municipal	Plano Diretor
<p>Participação da comunidade</p>	<p>Art. 166 O Sistema Único de Saúde será regido pelos seguintes princípios fundamentais:</p> <p>IV - controle social através de participação e fiscalização da Comunidade;</p> <p>Art. 169 O Sistema Único de Saúde será gerido e administrado pela Secretaria Municipal de Saúde, coadjuvado pelo Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>§ 2º Fica assegurada a gestão democrática na área de saúde, com eleições diretas para cargos de chefias de Unidades, Hospitais e Pronto Socorro, com a participação da comunidade civil organizada da área de saúde, segundo normas a serem definidas no Código Sanitário Municipal.</p> <p>Art. 17º Ficam criados os seguintes Conselhos:</p> <p>V) Conselho Municipal de Defesa do Meio Ambiente, vinculado à Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação;</p> <p>VI) Conselho Municipal de Desenvolvimento Urbano, órgão coordenado da Política de Desenvolvimento Urbano, vinculado à Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação.</p> <p>IX) Conselho Municipal de Saúde, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Art.18º Todos os Conselhos criados na presente Lei Orgânica serão definidores de política de suas respectivas áreas, tendo caráter deliberativo, consultivo e recursal, e serão compostos paritariamente pelo Poder Executivo, representantes do Trabalhadores do Setor e representantes dos Usuários. (L.O.M. Disposições Transitórias)</p>	<p>Art. 3º A Política de Desenvolvimento Urbano de Cuiabá, explicitada pelo conjunto de objetivos e diretrizes harmônicos entre si, tem por escopo o ordenamento do pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e do bem estar da população, assim como, o cumprimento da função social da propriedade urbana</p> <p>§1º Para efeito desta Lei, entende-se por Função social da Cidade, aquela que deve cumprir para assegurar as condições favoráveis ao desenvolvimento da produção econômica e, particularmente, para a plena realização dos direitos dos cidadãos.</p> <p>§2º Por direito dos cidadãos compreende-se as condições, facultando-lhes o pleno desabrochar de suas potencialidades, a legítima realização de suas aspirações e a justa satisfação de suas necessidades básicas, tais como, o direito à saúde, ao saneamento básico, à educação, ao trabalho, à moradia, ao transporte coletivo, à segurança, à informação, ao lazer, a qualidade ambiental e a participação. °</p> <p>Art. 9º O Distrito Sanitário obedecerá aos seguintes princípios:</p> <p>i). Relação eficiência e participação social</p>

A participação da comunidade constitui-se em uma das relações muito forte nas relações do Estado/sociedade, aqui caracterizado entre o município de Cuiabá e a sociedade, dando poderes à sociedade de fiscalização da coisa pública, coadjuvante da

condução política de saúde de saúde pelo Conselho Municipal inclusive elegendo de forma direta os gestores de cargos de chefias de Unidades, Hospitais e Pronto Socorro, com a participação da comunidade civil organizada da área de saúde, remetendo sua regulamentação para o Plano Diretor, através do Código Sanitário Municipal.

O Plano Diretor, desta forma deixa evidente de que a participação da comunidade tem uma representação clara na defesa da cidadania ao afirmar, que “Por direito dos cidadãos compreende-se as condições, facultando-lhes o pleno desabrochar de suas potencialidades, a legítima realização de suas aspirações e a justa satisfação de suas necessidades básicas, tais como, o direito à saúde, ao saneamento básico, à educação, ao trabalho, à moradia, ao transporte coletivo, à segurança, à informação, ao lazer, a qualidade ambiental e a participação.”

O Organizador do Iº Seminário Popular de Saúde, assim expressou com relação a participação comunitária na saúde. “não é necessário entender da questão para concluir que os serviços prestados à comunidade cuiabana são precários. Temos que organizar a população para poder participar e reverter o quadro atual, mas para isso, é necessário um trabalho que mostre os espaços e como ocupá-los e é exatamente isso que estamos propondo a fazer.” “ A comunidade tem que participar com poder de decisão para poder fiscalizar, pois quando algum representante do órgão governamental agir contrário ao Conselho com certeza será denunciado.” (José Sebastião Arruda – Coordenador do Iº Seminário Popular de Saúde. Jornal Diário de Cuiabá, 1992 abr 1992)

4.6. A ARTICULAÇÃO DA SAÚDE COM OUTROS SETORES NA LEI ORGÂNICA MUNICIPAL E NO PLANO DIRETOR.

O texto Constitucional garante o direito de todos à saúde remetendo ao Estado o seu dever da garantia deste direito, e coloca ainda, que o Estado deva garantir políticas sociais e econômicas para a redução de risco de doença

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio

ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990 Art. 3º)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adota como definição de “determinantes de saúde as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham”. Esta definição expressa necessariamente às diferenças ou desigualdades na situação de vida entre indivíduos ou entre grupos da população, desigualdades estas decorrentes das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Estas desigualdades ao contrário das outras desigualdades são injustas e inaceitáveis, e explicam porque determinados grupos da população são mais susceptíveis do que outros, porque determinado grupo adoece mais do que outros, enfim porque determinado grupo morre mais cedo que outro.

A instituição da Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais de Saúde, criada pelo Decreto Presidencial em 13 de março de 2006, tem em seus objetivos a preocupação a articulação da saúde com outros setores que de forma direta ou indireta, da intersetorialidade e principalmente da integração institucional para a redução de iniquidades e de atuar na formulação e implementação objetivando intervir nos determinantes da saúde ao estabelecer os seguintes objetivos de sua criação: Apoiar e articular a atuação do Poder Público, instituições de pesquisa e da sociedade civil sobre determinantes sociais relacionados à melhoria da saúde e redução das iniquidades sanitárias:

- I. Promover modelos e práticas efetivas relacionadas aos determinantes sociais da saúde e voltadas à inserção da equidade em saúde nas políticas de governo;
- II. Contribuir para a formulação e implementação de políticas, planos e programas de saúde baseados em intervenções sobre os determinantes sociais que condicionam o nível de saúde;
- III. Organizar e gerar informações e conhecimentos voltados a informar políticas e ações sobre os determinantes sociais da saúde; e

IV. Mobilizar setores de governo e a sociedade civil para atuar na prevenção e solução dos efeitos negativos de determinantes sociais da saúde.

Esta Comissão entende que, os Determinantes Sociais da Saúde incluem as condições mais gerais na saúde admitindo fatores socioeconômicos, culturais e ambientais de uma sociedade e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, com a habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias.

O estado de saúde de uma determinada população necessariamente implica a integração e articulação dos temas transversais referidos e os fatores que determinam certo estado de saúde do indivíduo e o bem estar de sua população. A intersetorialidade da saúde passa a ser então uma das diretrizes fundamentais do poder público em detrimento da ação médica fragmentada e com foco somente no biológico

Articulação na Lei Orgânica e no Plano Diretor de Cuiabá

Categoria	Lei Orgânica Municipal	Plano Diretor
Articulação com outros setores	<p><i>Art. 164 A saúde é direito de todos os Municípios e dever do poder público, assegurada mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem à eliminação do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.</i></p> <p><i>Parágrafo único. Entende-se como saúde a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, garantidas através de um plano de desenvolvimento urbano elaborado de acordo com o Art. 301 da Constituição do Estado de Mato Grosso.</i></p> <p><i>Art. 165 O conjunto das ações e serviços de saúde do Município de Cuiabá integra uma rede regionalizada e hierarquizada, é desenvolvido por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta, e constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), que é regulamentado por esta lei.</i></p> <p><i>Parágrafo único. O setor privado participa do SUS em caráter complementar, segundo diretrizes deste, mediante contrato ou convênio, através de licitação pública, tendo preferência as entidades filantrópicas e sem fim lucrativo.</i></p> <p><i>Art. 166 O Sistema Único de Saúde será regido pelos seguintes princípios fundamentais:</i></p>	<p><i>Art. 10º Como unidade orçamentária e gerencial, com autonomia funcional, efetuará as atividades do SUS, no que tange aos programas de atenção à saúde, educação, investigação, administração geral, serviços gerais e direção.</i></p> <p><i>Parágrafo único. O distrito sanitário desenvolverá, ainda, atividades de gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação das ações de suas unidades componentes e das referências inter-districtais, integrando o setor ao processo social de sua abrangência.</i></p> <p><i>Art. 12º O Sistema Único de Saúde de Cuiabá, tendo como pressuposto básico a saúde/doença como um processo socialmente determinado, com suporte num conhecimento MULTIDISCIPLINAR, impõe tarefa em processos de naturezas distintas, tais como: política, normativa, gerencial, organizativa e operacional, apontando como direcionamento, para os seguintes objetivos:</i></p>

	<p><i>V - articulação com as instâncias técnicas e de apoio em infra-estruturar da Secretaria de Estado da Saúde, tais como: Divisão de Recursos Humanos, Programas Estratégicos, Rede de Informação e Manutenção de Equipamentos, e outros;</i></p> <p><i>Art. 168 Os serviços municipais de saúde compreenderão unidades com as seguintes características:</i></p> <p><i>IV - os serviços previstos no inciso anterior poderão ser organizados por este Município, quando suas necessidades exigirem, por um conjunto de Municípios em consórcios, ou pelo Estado quando se ultrapassar a capacidade de resposta do Município, de acordo com o Art. 225 da Constituição do Estado de Mato Grosso.</i></p> <p><i>Art. 198 O Poder Municipal estabelecerá, através de Lei Política Municipal de Habitação e Saneamento, que deverá prever a articulação e integração das ações daquele e a participação das comunidades organizada, bem como os instrumentos institucionais e financeiros de sua execução.</i></p> <p><i>§ 2º Quanto ao saneamento, medidas serão estabelecidas juntamente com as demais atividades da administração pública, visando assegurar a ordenação especial das atividades públicas e privadas, para utilização racional da água, do solo e do ar, de modo a compatibilizar os objetivos de preservação e melhoria da qualidade da saúde pública e meio ambiente.</i></p>	
--	--	--

A Lei Orgânica Municipal deixa evidente que a integralidade é um dos princípios constitucionais na área da saúde, do saneamento e das políticas públicas componentes e de articulação entre aparatos institucionais prestadores de serviços, como a integração entre os setores públicos e privados, promoção e proteção da saúde e de bem estar da coletividade na perspectiva de redução das iniquidades e principalmente da exclusão social.

A Lei nº 8080 definiu em um de seus artigos a diretriz de criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, com o objetivo de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Dentro da articulação das várias políticas destacam-se as seguintes políticas:

- I - Alimentação e nutrição;
- II - Saneamento e meio ambiente;

III - Vigilância Sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - Recursos humanos;

V - Ciência e tecnologia; e

VI - Saúde do trabalhador. (BRASIL, 1990)

A construção de agenda política envolvendo uma dessas áreas entra alguns interesses, de formuladores da política, de segmentos sociais, de nichos ideológicos, a ocupação de espaços políticos até pressões sociais.

4.7. CONSTRUÇÃO COLETIVA NA LEI ORGÂNICA MUNICIPAL E NO PLANO DIRETOR.

A construção coletiva e social da uma prática sanitária é um processo dialético e pode-se supor que estejam envolvidas instâncias distintas, ligadas as várias dimensões política, técnica, econômica, social, cultural, religiosa, crenças, práticas, formas de vida e outras tantas que regem o viver em sociedade.

Construção coletiva na Lei Orgânica e no Plano Diretor de Cuiabá

Categoria	Lei Orgânica Municipal	Plano Diretor
Construção coletiva	<p><i>Art. 97 O Município buscará por todos os meios ao seu alcance, a cooperação das entidades representativas no planejamento municipal.</i></p> <p><i>Art. 98 O Município submeterá à apreciação das entidades de encaminhá-los a Câmara Municipal, os projetos de lei do plano plurianual, do orçamento anual e do plano diretor, a fim de receber sugestões quanto à oportunidade e ao estabelecimento de prioridades das medidas propostas.</i></p> <p><i>§1º O Poder público Municipal estabelecerá calendário da realização das assembleias gerais de 1º de fevereiro a 30 de maio de cada ano, onde serão °</i></p> <p><i>§2º Os projetos de que se trata este artigo ficarão à disposição das entidades durante 30 (trinta) dias, antes das datas fixadas para sua remessa à Câmara Municipal.</i></p> <p><i>Art. 99 Para a elaboração do Orçamento anual, o poder executivo terá a participação popular, através de assembleias gerais em todos os bairros, onde a equipe de planejamento acatará as solicitações de prioridades dos bairros, distritos e zona rural.</i></p>	

A construção coletiva das políticas públicas permite a alteração da gestão municipal tornando-a mais democrática. Este princípio da intersetorialidade permite a participação de outros setores no planejamento e orçamentação das políticas públicas pelos municípios, trazendo a formulação e execução de políticas públicas próximo ao usuário.

Segundo JUNQUEIRA e INOJOSA (1997), o “município é um território socialmente determinado e sua gestão deva se der a partir da integração das ações e atividades determinadas pelas políticas públicas.” E um dos instrumentos que garante de forma efetiva o planejamento é a peça orçamentária. A intersetorialidade é a articulação do planejamento (grifo nosso), é a realização de ações para alcançar o efeito sinérgico em situações complexa visando o desenvolvimento social e a superação da exclusão.

O conjunto de disposições na Lei Orgânica Municipal – LOM permite a participação coletiva de modo significativo no planejamento e no orçamento anual das políticas públicas, através das assembleias gerais que devem estabelecer em todos os bairros contemplado assim as necessidades loco – regionais e democratizando a oferta de serviços.

4.8. A FUNÇÃO SOCIAL DO MUNICÍPIO DE CUIABÁ

A Constituição Brasileira, em seu artigo 23, inciso X, estabeleceu a competência comum da União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios, ao determinar que cabe aos entes federados “combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos” capacitando a população a promover uma ascensão da população a sua dignidade de cidadania plena.

A Organização Mundial de Saúde – OMS (1986) define promoção da saúde como sendo um processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar a sua saúde. A promoção da saúde representa um processo social e político, não somente incluindo as ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas, também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública.

A Iª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, entendeu que a promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade, para que possa atuar na melhoria de sua qualidade de vida e de saúde por meio do exercício da cidadania. Na carta de intenções desse evento foi proposto que, para se atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social os indivíduo e grupos devem saber identificar as aspirações, satisfazer necessidade e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacitações físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global. Sendo que as condições e os recursos fundamentais necessários para a saúde são o direito à paz, à habitação, à educação, à alimentação, à renda, ao meio ambiente saudável, ao consumo sustentável dos recursos naturais, à justiça social e à equidade (WHO, 1986 apud Philippi, 2005 p.19).

Desta forma, a competência do Município estabelecida na constituição e corroborado com o conceito de promoção da saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS remete a afirmação de sua função social com a de estabelecer políticas públicas em todos os setores para a promoção de uma sociedade saudável interferindo de forma positiva nos determinantes e condicionantes de vida como: a moradia, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais a vida.

Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988 art.3º).

A função social do município é então estabelecida pela ordem constitucional devendo promover a construção da cidadania e as condições de bem estar e acesso aos serviços sociais devendo, portanto, estabelecer o desenvolvimento de uma política urbana. O artigo 182 da constituição federal deixa evidente esta função.

A política de desenvolvimento urbano, executada pelo Poder Público municipal, conforme diretrizes gerais fixadas em lei têm por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes. (BRASIL, 1988 art.182º).

A função social da cidade é exercida pelo município, que constitucionalmente adotará políticas de desenvolvimento urbano destinada a atender as necessidades essenciais das gerações presente e futuras. O atendimento dessas necessidades significa

compreender o desenvolvimento urbano como uma política pública que torne efetivo os direitos humanos, de modo a garantir à pessoa humana uma qualidade de vida digna. O município deverá então promover esse desenvolvimento formulando e implementando políticas voltadas para a proteção da vida, do meio ambiente sadio, da eliminação da pobreza, da redução das desigualdades sociais, da adoção de novos padrões de produção e consumo sustentáveis.

A Lei 10.257, de 10 de julho de 2001, denominada de Estatuto da Cidade, regulamentou os dispositivos constitucionais, que trata da função social do município, determinando que os municípios com mais de vinte mil habitantes editem o plano diretor como instrumento para a implementação de políticas públicas e, em especial, para o cumprimento da função social da propriedade urbana atuando conforme os interesses e anseios da população.

A cidade é fruto do trabalho coletivo de uma sociedade. Nela está materializada a história de um povo, suas relações sociais, políticas, econômicas e religiosas. Sua existência ao longo do tempo é determinada pela necessidade humana de se agregar, de se interrelacionar, de se organizar em torno do bem estar comum, de produzir e trocar bens e serviços, de criar cultura e arte, de manifestar sentimentos e anseios que só se concretizam na diversidade que a vida urbana proporciona. Todos buscamos uma cidade mais justa e mais democrática, que possa de alguma forma, responder a realização de nosso sonhos. (BRASIL, 2001 pag. 17).

RODRIGUES (2002), afirma que a função social do município, é criar as condições para a execução de políticas públicas de maneira democrática. A função social da cidade pode ser entendida como um fim a ser almejado por uma série de políticas públicas. É parâmetro de crítica, alvo a ser atingido, e, por que tomada como decisão vinculante, tem em seu conteúdo a obrigatoriedade do atingimento daquelas metas fixadas em lei.

É necessário estabelecer a diferença entre função social do Município e função social da cidade, Rodrigues, estabelece as seguintes considerações entre cidade e município.

O Município, assim, é um ente político, com total autonomia financeira, política e administrativa e dotado de personalidade jurídica. Já a cidade é o centro urbano, devidamente constituído e dotado dos equipamentos urbanos e comunitários, situado dentro do perímetro urbano do Município, conforme já se explanou, mas sem

personalidade jurídica. O Município, já foi dito supra, é constituído tanto pela zona urbana (cidade), quanto pela zona rural destituída dos equipamentos urbanos e comunitários. (RODRIGUES, 2002. p.31).

A função social da cidade passa a ser então construído com o planejamento urbano, e, o instrumento dessa política pública urbana, é o plano diretor e seus complementos. No município de Cuiabá é evidente sua função social no artigo 5º da Lei Orgânica Municipal, que define sua competência explicitada nos incisos II, IX e X de cuidado da saúde e assistência pública, da promoção do saneamento básico e de combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração dos setores desfavorecidos.

O Plano Diretor, como instrumento de estabelecimento da função social da cidade de Cuiabá é disciplinado no capítulo II do planejamento municipal de sua Lei Orgânica como ferramenta para o planejamento municipal definidos pelos princípios de democracia e transparência, eficiência e eficácia na utilização dos recursos disponíveis, integração das políticas e principalmente de respeito da adequação à realidade local e regional obedecida os princípios estabelecidos no Plano Diretor Municipal. (Lei Orgânica Municipal de Cuiabá art. 94).

A lei complementar nº 003, de 24 de dezembro de 1992, dispõe sobre o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Cuiabá, define a função social da cidade, como sendo:

A Política de Desenvolvimento Urbano de Cuiabá, explicitada pelo conjunto de objetivos e diretrizes harmônico entre si, tem por escopo o ordenamento do pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e o bem estar da população, assim como, o cumprimento da função social da propriedade urbana. Para fins desta lei, entende-se por função social da cidade, aquela que se deva cumprir para assegurar as condições favoráveis ao desenvolvimento da produção econômica e, particularmente, para a plena realização dos direitos dos cidadãos. Por direitos dos cidadãos compreendem-se todas as condições facultando-lhes o pleno desabrochar de suas potencialidades, a legítima realização de suas aspirações e a justa satisfação de suas necessidades básicas, tais como, o direito à saúde, ao saneamento básico, à educação, ao trabalho, à moradia, ao transporte coletivo, à segurança, à informação, ao lazer, a qualidade ambiental e a participação. (CUIABÁ, 1992 - art. 3º).

5. CONCLUSÃO

Não restam dúvidas entre os sanitaristas e formuladores de políticas de saúde do país, de que a VIII Conferência Nacional de Saúde, constitui-se em um marco histórico na luta da redemocratização do país. Em seu relatório final referente ao tema 1 – A saúde como direito, deixa claro que o conceito de saúde não é abstrato é “resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades no nível de vidas das pessoas. A saúde definiu-se no contexto histórico de determinada sociedade e num momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”.

O direito não se restringe somente as garantias do texto constitucional, na Lei Orgânica Estadual, Código Estadual de Saúde, Lei Orgânica Municipal ou ainda no Plano Diretor da Cidade, uma das condições básicas estabelecida pela 8ª Conferência Nacional de Saúde para a materialização deste direito “é a garantia mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.” E este princípio está contido nos instrumentos referidos.

A Lei Orgânica do Município de Cuiabá, no capítulo da Saúde estão presentes todos os princípios fundantes das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e das diretrizes estabelecidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A gestão municipal, através de práticas intersetoriais, contrapostos a situações de desordenamento da ocupação, crescimento urbano não planejado, a exclusão social aos bens e serviços de necessidade humana, deteriorização de espaços destituídos de equipamentos e serviços básicos, em moradias subumanas, ausência de saneamento básico e, deixando uma parte expressiva da população, fora do mercado e da inserção social da cidade. A prática intersetoriais exige um pensar e uma concepção de uma forma diferente de planejar, realizar a prestação de serviços, de agir com equidade, de fazer a inclusão social, de ver o cidadão de forma holística e que tenha o direito das necessidades básicas da vida humana, isto significa ter que alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização do aparato governamental, que muitas vezes possuem percepções e interesses diferentes.

O processo de redemocratização do país teve um dos momentos estratégico às eleições municipais das capitais ocorrido em 1985, junto com uma mobilização nacional com participação intensa da população brasileira exigindo eleições diretas para Presidente da República, isto trouxe um espírito administrativo renovador aos prefeitos das capitais: Administrar cidades com problemas complexos e ausências de políticas públicas. A Regionalização é um bom instrumento da intersetorialidade que aparece como estratégia importante como parte da participação da população na gestão pública municipal.

O sistema de saúde de Cuiabá com a Lei Orgânica e o Plano Diretor sinaliza pelos seus formuladores a clara opção de regionalização e descentralização como eixo político-administrativo das ações e serviços de saúde ofertando um espaço geográfico com funcionalidade e governabilidade para a integração de compatibilização das políticas sociais e coletivas, através da criação de 5 (cinco) unidades regionalizadas e descentralizadas denominados de Distritos Sanitários. E que em 1994 foi reforçado pela Lei nº 3.262, que criou as administrações regionais no município.

A Descentralização é considerada por CKAGNAZAROFF (1997) como um fenômeno que tem marcado a administração pública no século XX, se apresenta como uma estratégia organizacional-política que pode auxiliar na implementação de uma abordagem intersetorial da prestação de serviços, desde que as unidades descentralizadas possuam poder de decisão e recursos sobre “o que fazer” e como fazer”.

A participação da comunidade, tanto na Lei Orgânica como no Plano Diretor é caracterizada como um dos princípios da gestão presente de forma muito forte são suas funções controle, a fiscalização e a proposição de políticas e até mesmos de participar da gestão democrática na área da saúde, elegendo as chefias de serviços do Hospital e Pronto Socorro Municipal e das Unidades de Saúde, trazendo assim a participação da comunidade para a co-responsabilidade e compromisso com os gestores das chefias de serviço que ela elegeu em função de um plano de trabalho.

A gestão democrática e participativa é garantida ainda, pela Conferência e Conselho de Saúde, que tem como função o estabelecimento da política e a fiscalização

e transparência da aplicação dos recursos da área da saúde. No saneamento e meio ambiente ficam resguardado o Conselho de Desenvolvimento Urbano e do Meio Ambiente como instrumento de participação e de gestão transparente dos recursos públicos.

A construção coletiva de políticas públicas na área da saúde e saneamento é disciplinada na Lei Orgânica Municipal com caráter de cooperação, transparência e participação. O município deverá submeter à apreciação das entidades populares e comunitárias para receberem sugestões e definição das prioridades os projetos de lei do plano plurianual, do orçamento anual e do plano diretor. Um dos pontos muito importante é o calendário fixo de 120 (cento e vinte dias) a partir de 1º de fevereiro de cada ano para a realização de assembleias gerais para discutir as prioridades para o orçamento do ano subsequente.

A função social da cidade de Cuiabá estabelecido no seu Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano tem como objetivo “assegurar as condições favoráveis ao desenvolvimento da produção econômica e, particularmente, para a plena realização dos direitos dos cidadãos.” Da mesma forma os direitos dos cidadãos é entendido como “todas as condições facultando-lhes o pleno desabrochar de suas potencialidades, a legítima realização de suas aspirações e a justa satisfação de suas necessidades básicas, tais como: o direito à saúde, ao **saneamento básico** (grifo nosso), à educação, ao trabalho, à moradia, ao transporte coletivo, à segurança, à informação, ao lazer, a qualidade ambiental e a participação.”

A cidade é o espaço onde a atuação do estado ganha concretude e assim se encontra o cidadão, o lócus do acesso aos direitos constitucionais, aos serviços que lhe garantam esses direitos. A população de uma cidade não é homogênea, nem em suas características, nem em suas necessidades, nem nas suas aspirações. Assim, para interferir nessa realidade, respeitando e atendendo as suas peculiaridades, é preciso estabelecer critérios para que haja uma ação articulada, permitindo estabelecer objetivos e metas que promovam a qualidade de vida, através do acesso a bens materiais disponíveis na sociedade contemporânea (JUNQUEIRA e INOJOSA. 1997).

A Cidade é qualificada como “fruto do trabalho de uma sociedade. Nela está materializada a história de um povo, suas relações sociais, econômicas e religiosas. Sua existência ao longo do tempo é determinada pela necessidade humana de se agregar, de se inter-relacionar, de se organizar em torno do bem estar comum, de produzir e trocar bens e serviços, de criar cultura e arte, de manifestar sentimentos e anseios que só se concretizam na diversidade que a vida urbana proporciona. Todos buscam uma cidade mais justa e mais democrática, que possa de alguma forma, responder a realização de nossos sonhos (...)” (BRASIL, 2001)

Os formuladores das políticas públicas do município de Cuiabá, tanto da Lei Orgânica Municipal quanto do Plano Diretor tiveram a preocupação de articular saberes na busca da utilização desses instrumentos para o desenvolvimento social.

Os princípios estabelecidos inicialmente na Lei Orgânica da Saúde e posteriormente no Plano Diretor e no Código Sanitário estabeleceu arranjos institucionais nas Leis Ordinárias formulando políticas sociais, que superassem a fragmentação da gestão das cidades e considerassem o cidadão em sua totalidade e possibilitando a busca das relações entre o homem e a natureza, a intersectorialidade das políticas públicas e resgatando a função social da cidade.

A formulação de políticas públicas necessita de um diálogo muito próximo entre o formulador e do implementador, ou seja, o que se propõe a fazer e o que é realmente feito, a execução de políticas atende a interesses de grupos sociais, de pressões, de disputas políticas, de cenários políticos e ideológico e principalmente de recursos para sua efetivação. É evidente que a formulação de política pública, principalmente na saúde e saneamento tem a participação de profissionais, que detém um conhecimento teórico sobre este assunto, mas que logicamente não será o executor, ou até mesmos, esta fora do diálogo de quem executara aquela política formulada e planejada. A dissociação de atores sociais da formulação de políticas públicas na área da saúde e do saneamento é uma das dicotomias de sua fragmentação, e, a intersectorialidade constitui como estratégica de prática social a ser construída nos municípios para romper com a fragmentação das políticas de saúde e saneamento.

A intersectorialidade das políticas de saúde e saneamento na Lei Orgânica e no Plano Diretor Urbano tem uma dinâmica de relação do governo municipal com o cidadão permitindo considerar as demandas loco – regionais e buscando resultados que promovam o desenvolvimento social e a inclusão de grupos discriminados na sociedade.

O Plano de Desenvolvimento Urbano de Cuiabá, de acordo com seus formuladores e principalmente da presidenta do Instituto de Arquiteto do Brasil – IAB/MT, Seção Mato Grosso, Sr^a Rita de Cássia e membro do Conselho Municipal de Desenvolvimento Urbano de Cuiabá, o “Plano Diretor foi elaborado tendo por base uma visão de 20 anos”, e sendo uma peça de gerenciamento do município, contemplando os movimentos, as dinâmicas, a ocupação e tendências da cidade urge a necessidade de estabelecer e redimensionar os elementos que redefinem sua vocação e desenvolvimento.

Os Princípios da regionalização, descentralização e participação popular aliados aos princípios da intersectorialidade com outros setores e de construção coletiva de políticas públicas possuem uma articulação do ponto de vista legislativo. Recomenda-se assim, um estudo da implementação e funcionalidades destes princípios e diretrizes na interferência da vida diária, da praticidade e felicidade de sua população e as formulações das políticas dentro do proposto nos documentos oficiais da condução da política de saúde e saneamento no Município de Cuiabá.

6. BILIOGRAFIA

Akerman M. A Construção de indicadores compostos para os projetos de cidades saudáveis: um convite para um pacto transetorial in Mendes, E. V. (org) “A organização da saúde em nível local”, 1998.

Alarcão I. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais, 1999. P. 29-39.

Andrade IAL. Políticas e poder: o discurso da participação. C. URFN, São Paulo. Ad hominem. 1997.

Arendt. H. O que é política? Editora Ursula Ludz; tradução Reinaldo Guarany – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

Arretche MTS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 14, n.40, p.111-141, 1999.

Arretche MTS. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (org). São Paulo: Cortez/IEE, p.29-39, 1999.

Arretche MTS. – Emergência e desenvolvimento do Welfare State. BIB. Rio de Janeiro, 1995.

Arretche M. Uma contribuição para fazermos políticas sociais menos ingênuas. In: Barreira, M.; Carvalho, M. (Org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC. 2001.

Barcellos TM.M. (coord.). A Política Social Brasileira 1930-64: evolução institucional no Brasil e no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 1983.

Bardin L. Análise de conteúdo: Edições 70; 1977.

Barros PL. et alli. Avaliação de políticas públicas. NEPP, Campinas, 1999.

Barros J.D.A. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação: Editora Atlas S.A – São Paulo – SP- 2006

Belloni I, Magalhães, H.; Sousa, L. C. Metodologia para avaliação de políticas públicas: uma experiência em educação profissional. São Paulo: Cortez, 2001. 96 p. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 75).

Belloni I. (co-autoria). Avaliação do ensino de graduação – Teste de metodologia. Brasília: Universitária, 1988. (Coleção Série UnB).

Bertúlio W. A reorganização da atenção à saúde em Cuiabá/MT, 1986-1989: um estudo de caso [dissertação de mestrado]. Cuiabá Instituto de Saúde Coletiva da UFMT – Cuiabá/MT: 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e de fazer cumprir a lei – Norma Operacional Básica – SUS 01/93. 1993.

Brasil. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993 Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS - 01/93. 1993.

Brasil. Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988. Atualizada até a Emenda Constitucional nº 56, de 05 de outubro de 2007.

Brasil. Decreto presidencial, que institui a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde, 13 de março de 2006

Brasil. Fundo Nacional do Meio Ambiente – FNMA, Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal – 2000

Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 de setembro 1990.

Brasil. Estatuto da Cidade (2001) Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. Estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. Diário Oficial da União. 11 de julho de 2001.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial do Estado. 20 setembro 1990.

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 de dezembro de 1990.

Brasil. Lei nº 11.445/2007 de 05 de janeiro de 2007, que estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as leis nº 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a lei nº 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências, publicado no Diário Oficial da União de 08/01/2007, p. 3

Bobbio N. Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral política: tradução: Marco Aurélio Nogueira – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

CMDU aprova Plano Diretor. Jornal A Gazeta. 03 abril de 1992. P.7ª.

Campos GWS. (org.) Tratado de saúde coletiva Editora Hucitec e Editora Fiocruz – São Paulo – Rio de Janeiro, 2007.

Campos G.W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo Editora Hucitec, 2000.

Carnoy M. O Estado e Teoria Política, Editora Papirus – 5ª Edição 1999.

Carvalho MCB. Avaliação participativa: uma escolha metodológica. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais, 1999. p. 87-94.

CEFET-RN Desenvolvimento sustentável: dilemas teóricos e pragmáticos. Natal-RN: Revista Holos, p. 120-129, maio de 2005. (ISSN- 1807-1600). Texto disponível no site: <http://www.cefetrn.br/dpeq/holos/anterior/200505/index.htm>.

Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo, Editora Cortez, 1991.

Ckagnazaroff IB, Mota, NR. Considerações sobre a relação entre descentralização e intersectorialidade como estratégias de modernização das prefeituras municipais. Ver. Economia e gestão E & G Belo Horizonte, v. 3 n 6 p 2341, dez. 2003.

Cohn A. Gastos Sociais e Políticas Sociais nos Anos 90: a persistência do padrão histórico de proteção social brasileiro. XXIV Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS), GT03: Estrutura Social e Desigualdade. Petrópolis, 2000.

Cohn A. A reforma sanitária brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal Medicina Social Volume 3, número 2, maio 2008

Correia MVC. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento – Editora Fiocruz; Rio de Janeiro: 2000

Costa NR. Políticas públicas, justiça distributiva e inovação saúde e saneamento na agenda social – Editora Hucitec São Paulo, 1998.

Cotta T C. Metodologia de avaliação de programas sociais: análise de resultados e de impactos. Revista do Serviço Público, Brasília, a. 49, n. 2. p.105-126, abr./jun. 1998.

Cuiabá. Organização geopolítica de Cuiabá - Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano – IPDU, agosto de 2007

Cuiabá. Lei Complementar nº 003, de 24 de dezembro de 1992. Que institui o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Cuiabá e dá outras providências.

Cuiabá. Lei Complementar nº 004, de 24 de dezembro de 1992. Que institui o Código Sanitário e de Postura, Código de Defesa do Meio Ambiente e Recursos Naturais, o Código de Obras e Edificações e dá outras providências.

Cuiabá. Lei Orgânica Municipal de Cuiabá, de 05 de abril de 1990. Com a atualização de 15 de dezembro de 2004.

Cuiabá. Lei Complementar nº 041 de 23 de dezembro 1.997. Que cria a agência municipal de serviços de saneamento com a finalidade de regular e controlar as delegações para prestação dos serviços públicos de saneamento no município de Cuiabá e dá outras providências.

Cuiabá. Lei nº3262 – criq as administrações regionais de Cuiabá, 11 de janeiro de 1994.

Dallari, DA. Elementos de teoria geral do estado – Editora Saraiva – São Paulo 2003.

Dallari, SG. O conceito constitucional de relevância pública – OPS/OMS – Brasília/DF – 1992.

Demo, P. Participação é conquista; Editora Cortez, São Paulo-SP. 1993.

Dicionário Parlamentar e Político Saïd Farhat - http://www.politicaecidadania.com.br/site/dicionario_main.asp?Id=1110 acesso em 06/5/2008

Draibe SM.A. Reforma dos Programas Sociais Brasileiros: panoramas e trajetórias. XXIV Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS), GT12: Política e Economia. Petrópolis, 2000.

Enfim o Plano diretor. Editorial do Jornal Diário de Cuiabá. 04 de abril de 1992. P. 2.

Escoda MSQ. Garcia O, Guedes AEL & Lyra CO 2003. Efetividade das ações de saneamento no Rio Grande do Norte. Relatório final de pesquisa. UFRN/ NESC, Natal (no prelo).

Fagnani E. Política Social e Pactos Conservadores no Brasil: 1964/92. Economia & Sociedade, Campinas, n. 8, jun. 1997.

Faria R. Avaliação de programas sociais: evoluções e tendências. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais, 1999.

Ferreira JCV. Mato Grosso e seus municípios: Editora Buriti, 2001

Firme TP. Avaliação: tendências e tendenciosidade. Revista Ensaio, v.1, n. 2,

Franco R. Avaliação de projetos sociais. Petrópolis: Vozes, 1993.

Freitas CN. Problemas ambientais: saúde coletiva e ciências sociais. Ciência & Saúde Coletiva 8(1): 2003

Frias, I. Doença do corpo, doença da alma: medicina e filosofia na Grécia clássica – Editora PUC Rio, 2004.

Furtado J. Um método construtivista para avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(1): 2001.

Fundação de Cuiabá. *Jornal do Dia* 04 abril de 1990, pag. 5ª.

Gomes SL. *Engenharia Ambiental e Saúde Coletiva*, Editora UFBA, Salvador 1995

Heller L. *Saneamento e saúde*. OPAS/MS. Brasília. 1994

Heller L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 1998 [citado 2007 Nov 23]; 3(2): 73-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000200007&lng=pt&nrm=iso.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo demográfico: Recenseamento Geral do Brasil, 2000.

Inojosa, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. In: *Cadernos Fundap*, n.22, p.102-110, 2001.

Jacobi P. *Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde*. São Paulo: Editora Cortez: 1993.

Jacobi P. *Prefeituras democráticas, movimentos populares e poder local: participação, cooptação e autonomia?* *Espaços & debates*, São Paulo, v.3, n.9 mai/ago. 1983.

Jacobi P. *Descentralização municipal e a participação dos cidadãos: apontamento para o debate*. *Cadernos da Nona*, 1 Brasília: IX CNS, 1992.

Jannuzzi PM. Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas *Revista Brasileira de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.36(1): 51-72, jan/fev 2002.

Júnior JC. *Comentários à Constituição – 1988*. V. VIII. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993

Junqueira LAP, Inojosa RM, Komatsu S. *Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza – XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública : Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”*. Caracas, 1997.

Junqueira LAP. *Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade*; *Saúde e Sociedade* 6(2): 1997.

Lecovitz E. Lima, L.D, Machado C.V. – *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas* *Ciência & Saúde Coletiva*, V 8, N2, p 557 – 567, 2003.

Leite MR, Duarte, VDX. Desafio da articulação entre políticas setoriais e intersetoriais: o caso da educação. Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005

Lima NT (org) Saúde e Democracia: historias e perspectivas do SUS. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005

Lucchese PTR. Informação para tomadores de decisão em saúde pública – Tema: Políticas públicas em saúde. BIREME/OPS/OMS – São Paulo. 2004

Mato Grosso. Constituição de Estado de Mato Grosso de 1989. Diário Oficial do Estado. 18 de outubro de 1989. Atualizada até a Emenda Constitucional N° 54. de 27/08/2008

Mato Grosso. Lei Complementar N° 22, de 09 de Novembro de 1992. Institui o Código Estadual de Saúde, dispõe a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde no Estado, caracteriza o Sistema Único de Saúde nos níveis estadual e municipal e dá outras providências. Diário Oficial do Estado. 09 de novembro de 1992.

Mato Grosso. Decreto n° 171 de 07 de junho de 1938

Medeiros MA. Trajetória do welfare state no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. IPEA – Brasília. 2001

Medronho RA. Estudos ecológicos, pp. 191-198. In RA Medronho, DM Carvalho, KV Bloch, RR Luiz & GL Werneck. Epidemiologia. Editora Atheneu, São Paulo 2002.

Meirelles SMP, Spinelli MAS, Azevedo JO, Chagas RL, Figueiredo BL, Abreu GD, *et al.* Leis orgânicas Municipais em Mato Grosso: capítulo da saúde. Rev. Saúde em debate, 1990, 30

Mendes, EV. Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec, 1995.

Minayo MCS (org). Pesquisa social – teoria, método e criatividade. 25ª edição Editora Vozes. Petrópolis, RJ. 2007.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde 6ª edição Hucitec-Abrasco: São Paulo – Rio de Janeiro, 1999

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Editora Hucitec, São Paulo. 1996

Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. il.

Moraes LRS. Conceitos de Saúde e Saneamento. Salvador: DHS/UFBA, 1993. 6p. Não Publicado.

OPS. Atenção Primária Ambiental – APA, OPAS/BRA/HEP/001/99, Washington, D.C. – 2000.

Pignatti MG. As ongs e a política ambiental nos anos 90: um olhar sobre Mato Grosso. São Paulo: Annablume; UFMT/ISC, 2005

Pignatti MG, Castro, S. P - A fragilidade resistência da vida humana em comunidades rurais do pantanal mato-grossense – MT- Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2007.

Philippi AJr. Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Núcleo de Informações em Saúde Ambiental – Barueri, SP: Manole, 2005

Pinheiro R. Mattos R. A. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

Promulgação da LOM. Jornal do Dia. 06 abril de 1990. P.3.

Rodrigues, RT. Comentários ao Estatuto da Cidade. Campinas: Millennium, 2002.

Rosen G. Uma história da saúde pública, Editora Hucitec terceira edição – São Paulo, 2006

Santos M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. Ciência & Saúde Coletiva 8(1): 309-314. 2003.

Schwartzman S. As causas da pobreza – Rio de Janeiro, Editora da Fundação Getúlio Vargas, 2004.

Seminário “Saúde e Participação Popular”. Jornal Diário de Cuiabá. 01 de abril de 1992. P.6A.

Starfield B. Atenção primária equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia – UNESCO, Ministério da Saúde – Brasília, 2002.

Teixeira PR. Política publica em AIDS. In: Parker R, organizador. Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS: 1997.

Tumula F. Política de saneamento básico: avanços recentes e opções futuras de políticas públicas. Ministério do Planejamento. IPEA, Brasília. 2002.

Turolla. FA. Política de saneamento: avanços recentes e opções futuras de políticas públicas – IPEA – Ministério de Planejamento e Gestão. Brasília. 2002.

Unicamp. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP). Modelos de avaliação de programas sociais prioritários. Relatório Final. Campinas, São Paulo. 1999. 133 p.

Uribe RFJ. Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico da planificação. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1987 Dec [cited 2007 Nov 27]; 3(4): 444-462. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000400006&lng=en&nrm=iso) doi: 10.1590/S0102-311X1987000400006

Viana AL. Abordagens metodológicas em políticas públicas: Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro mar/abr. 1996.

Viana AL. Estratégias de políticas públicas de extensão da proteção social em saúde e principais marcos teóricos 2003.

Viana AL. Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas Rev. Adm. Pública, 32 (2): 23-33, mar.- abr. 1998.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)