

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**Gestão Democrática na Saúde: Análise da Experiência dos
Conselhos Gestores de Unidade no Município de Duque de Caxias - RJ**

CLÁUDIA GOUVEIA DOS SANTOS

2006

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Escola de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

**Gestão Democrática na Saúde: Análise da Experiência dos Conselhos
Gestores de Unidade no Município de Duque de Caxias – RJ**

Cláudia Gouveia dos Santos

**Dissertação submetida à
banca examinadora da
Universidade Federal do Rio
de Janeiro, como requisito
parcial para obtenção do
grau de Mestre em Serviço
Social.**

Orientador: Profº Dr. Erialdo Matias Nicacio

Rio de Janeiro

Agosto/2006

CLÁUDIA GOUVEIA DOS SANTOS

Gestão Democrática na Saúde: Análise da Experiência dos Conselhos Gestores de Unidade no Município de Duque de Caxias - RJ

Dissertação submetida ao corpo docente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Aprovada por:

Presidente, Prof. Dr. Erimaldo Matias Nicacio

Prof^a Dra. Maria Inês Souza Bravo

Prof. Dr. José Paulo Netto

Rio de Janeiro

Agosto/2006

Santos, Cláudia Gouveia dos.

Gestão Democrática na Saúde: Análise da Experiência dos Conselhos Gestores de Unidade no município de Duque de Caxias/ Cláudia Gouveia dos Santos. - Rio de Janeiro: UFRJ/Escola de Serviço Social, 2006.

xii, 212f.

Orientador: Erimaldo Matias Nicácio

Dissertação (Mestrado) – UFRJ/ ESS/ Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2006

Referências Bibliográficas: f. 177-190.

1. Política de Saúde. 2. Gestão Democrática I. Nicacio, Erimaldo Matias. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. III. Título.

DEDICATÓRIA

A Deus, que me deu a força para continuar esse trabalho, nos momentos em que pensei em desistir.

A José Roberto, meu marido, companheiro incondicional e meu amor.

Aos meus pais, Adilson e Maria Luisa, pela dedicação e amor, que foram fundamentais para que eu conseguisse trilhar esse caminho.

Aos meus irmãos, Andréa e Rafael, pelo carinho, amor e amizade.

A minha avó Odette (in memória), que sempre continuará viva no meu coração.

AGRADECIMENTOS

- Ao meu orientador, Professor Dr. Erimaldo Matias Nicácio, pela paciência, dedicação e apoio.
- À Professora Dra. Maria Inês Souza Bravo, pessoa fundamental na minha vida profissional e minha inspiração, pelo seu carinho e apoio.
- Ao Professor José Paulo Netto, pela sua contribuição na realização desse trabalho.
- A toda a equipe do Projeto de Pesquisa e Extensão “Políticas Públicas de Saúde: O potencial dos Conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro”, aqueles que estão e que já passaram por ele, pelo aprendizado, amizade e carinho.
- À Assistente Social Renata Maria Coelho, pela sua amizade e por dividir sonhos e angústias profissionais, assim como conhecimento.
- À população de Duque de Caxias, pela luta cotidiana pelo acesso aos serviços públicos de saúde.
- A todos os entrevistados neste trabalho, pelo seu apoio, desprendimento e por acreditarem na importância desse estudo.
- A todos do Movimento Popular da Saúde de Duque de Caxias, que apesar de todas as dificuldades nunca desistiram de lutar pelo direito da população à saúde.
- A todos os amigos, que apesar da distância provocada pela correria do dia-a-dia, continuam sendo importantes na minha vida, em especial Dacia Cristina Teles, Lucilene Cabral e Maria das Dores.
- Aos profissionais de Saúde de Duque de Caxias, que partilham comigo as alegrias, angústias e decepções vivenciados no cotidiano do trabalho, e que contribuem para o meu crescimento profissional, torceram e acreditaram no sucesso desse estudo.
- Ao Centro de Memória da Baixada Fluminense, da Faculdade de História da FEUDUC, especialmente ao Professor Alexandre dos Santos Marques, pela contribuição dada a este estudo, disponibilizando o seu acervo bibliográfico.

RESUMO

Gestão Democrática na Saúde: Análise da Experiência dos Conselhos Gestores de Unidade no Município de Duque de Caxias – RJ.

Cláudia Gouveia dos Santos

Orientador: Erimaldo Matias Nicacio

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para à obtenção do Título de Mestre em Serviço Social.

O presente estudo tem por objetivo analisar o exercício do controle social na saúde, através da experiência dos conselhos gestores de unidade, tendo como lócus o município de Duque de Caxias. Tais conselhos não são regulamentados por lei federal, devendo para o seu reconhecimento oficial, serem aprovados no Conselho Municipal de Saúde e constar na Lei Orgânica do Município, como forma de garantir a sua estabilidade no processo político. Considera-se que tais espaços, contribuem para a democratização da esfera pública, ao difundirem um novo paradigma de participação social, onde os usuários passam a ser vistos como sujeitos detentores de direitos, e que, portanto, tem legitimidade para influenciar na gestão da coisa pública. Desse modo, têm a possibilidade de criar uma nova cultura política rompendo com o autoritarismo, patrimonialismo e clientelismo tão arraigado na formação sócio-histórica do Brasil. Contudo, o estudo demonstra que tais órgãos vêm enfrentando diversos desafios que tem limitado o seu potencial democratizante, face as propostas neoliberais de enxugamento do Estado, de contra-reforma do Estado, de desregulamentação social e econômica, de agravamento da questão social, que tem provocado uma inibição da esfera pública e minado com a perspectiva de direitos sociais universais.

Palavras-chave: Política de Saúde, Gestão Democrática, Conselhos Gestores de Unidade

Rio de Janeiro

Agosto/2006

ABSTRACT

Democratic Management in the Health: Analysis of the Experience of the Managing Advice of Unit in the City of Duque de Caxias – Rio de Janeiro

Cláudia Gouveia dos Santos

Orientador: Erimaldo Matias Nicacio

Abstract da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para à obtenção do Título de Mestre em Serviço Social.

The present study it has for objective to analyze the exercise of the social control in the health, through the experience of the managing advice of unit, having as locus the city of Duque de Caxias. Such advice are not regulated by federal law, having for its official recognition, to be approved in the City council of Health and to consist in the Organic Law of the City, as form to guarantee its stability in the process politician. One considers that such spaces, contribute for the democratization of the public sphere, when spreading out a new paradigm of social participation, where the users pass to be seen as citizens detainers of rights, and that, therefore, he has legitimacy to influence in the management of the public thing. In this manner, they have the possibility to create a new culture politics breaching with the authoritarianism, patrimonialism and clientelism so rooted in the formation partner-historica of Brazil. However, the study he demonstrates that such agencies come facing diverse challenges that its democratizante potential has limited, face the neoliberal proposals of enxugamento of the State, of against-reform of the State, social and economic deregulation, aggravation of the social matter, that has provoked a inhibition of the public and mined sphere with the perspective of universal social rights.

Word-key: Politics of Health, Democratic Management, Managing Advice of Unit.

Rio de Janeiro

Agosto/2006

LISTA DE SIGLAS

- ABM** - Associação de Bairros e Moradores de São João de Meriti
- ACS** - Agentes Comunitários de Saúde
- AIH** – Autorização de Internação Hospitalar
- AIS** - Ações Integradas de Saúde
- ALF** - Associação dos Lavradores Fluminenses
- ANFIP** - Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência
- ANS** - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APAC** - Autorização para Procedimentos de Alto Custo
- ARENA** – Aliança Renovadora Nacional
- CAPS** - Centro de Atenção Psico-Social
- CCS** - Conselho Comunitário de Saúde
- CEBs** - Comunidades Eclesiais de Base
- CEBES** – Centro Brasileiro de Saúde Coletiva
- CGU** - Conselho Gestor de Unidade
- CIMS** - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
- CLT** – Consolidação das Leis Trabalhistas
- CODS** - Conselho Distrital de Saúde
- COFINS** - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
- CONASEMS** - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASP** - Comissão Nacional de Reestruturação da Assistência a Saúde da Previdência Social
- CPI** - Comissão Parlamentar de Inquérito
- CPMF** - Contribuição sobre Circulação Financeira
- CSLL** - Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas
- DASP** - Departamento administrativo do Serviço Público
- DRU** - Desvinculação das Receitas da União
- EPU** - Encargos Previdenciários da União
- FALERJ** - Federação das Associações de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Estado do Rio de Janeiro
- FAS** - Fundo de Assistência ao Desenvolvimento Social
- FEF** - Fundo de Estabilização Fiscal

FHC - Fernando Henrique Cardoso
FMI – Fundo Monetário Internacional
FNS - Fundação Nacional de Saúde
FPM - Fundo de Participação dos Municípios
FSE - Fundo Social de Emergência
GAP - Guia de autorização de pagamento a prestador
HGDC - Hospital Geral de Duque de Caxias
HIIS – Hospital Infantil Ismélia da Silveira
HMX – Hospital Municipal de Xerém
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões
IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários
ICMS - circulação de mercadorias e serviços
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INSS - Instituto Nacional de Seguro Social
IPPUR - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano
IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA – Imposto sobre a propriedade de veículos automotores
ISS - Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI - Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis – Intervivos
ITR – Imposto sobre a propriedade territorial rural
IR – Imposto de Renda
IVB - Instituto Vital Brasil
IVVC - Imposto sobre venda e varejo dos combustíveis
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA - Lei Orçamentária Anual
LULA - Luiz Inácio Lula da Silva
MAB – Movimento de Amigos de Bairros de Nova Iguaçu
MARE - Ministério da Administração e da Reforma do Estado
MDB – Movimento Democrático Brasileiro
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MUB – Movimento União de Bairros de Duque de Caxias
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

OSS - Orçamento da Seguridade Social

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM – Posto de Assistência Médica

PCB - Partido Comunista Brasileiro

PC DO B – Partido Comunista do Brasil

PDRE - Plano Diretor da Reforma do Estado

PDS – Partido Democrático Social

PDT - Partido Democrático Trabalhista

PEC - Projeto de Emenda Constitucional

PESB - Programa Especial de Saúde da Baixada

PFL – Partido da Frente Liberal

PL – Partido Liberal

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PPA - Plano Plurianual

PPA - Plano de Pronta-Ação

PRR - Partido Progressista Republicado

PSD – Partido Social Democrata

PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira

PSF - Programa de Saúde da Família

PST - Partido Social Trabalhista

PT - Partido dos Trabalhadores

PTB – Partido Trabalhista Brasileiro

REDUC – Refinaria de Petróleo de Duque de Caxias

SAMDU - Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência

SASE – Serviço de Assistência Social Evangélico

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESI – Serviço Social da Indústria

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAM - Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos-Vivos

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUPRA - Superintendência de Polícia Agrária

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados

UDN - União Democrática Nacional

INTRODUÇÃO

- **Da escolha do tema à delimitação do objeto**

Esta dissertação refere-se ao processo de investigação acerca de uma instância de controle social na área da saúde, que são os conselhos gestores de unidade, tendo como locus a experiência no município de Duque de Caxias. Tal reflexão torna-se fundamental, visto que apesar de haver diversas experiências no Brasil dessa instância de participação, existem poucos estudos teóricos que abordem a temática, que fica restrita a cartilhas e regimentos internos. Sendo assim, este estudo é uma tentativa no sentido de suprir essa carência com vistas ao aprofundamento e a um maior conhecimento acerca desses espaços.

O conselho gestor ou conselho diretor de unidade é uma instância colegiada, organizada por unidade de saúde, que possui caráter permanente, deliberativo e fiscalizador. É composto de forma paritária por representantes da direção e/ou administração da unidade de saúde, representantes dos profissionais de saúde e representantes da comunidade da área de abrangência da unidade.. Tais conselhos apesar de serem apontados desde a VIII Conferência Nacional de Saúde como instância integrante da estrutura de gestão participativa, não foram regulamentados por lei federal. A Lei 8142/90, que define a participação popular como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), apenas regulamenta os conselhos de saúde à nível federal, estadual e municipal. Desse modo, sua implementação vêm se dando independentemente de uma lei que os regule ao nível federal, devendo para o seu reconhecimento oficial, sua aprovação no Conselho Municipal de Saúde, bem como constar na Lei Orgânica do Município, como meio de garantir a sua estabilidade no processo político. (Bravo et al, 2001:85).

É importante salientar, a existência de um Projeto de Lei de 2003 de autoria do Deputado Federal Roberto Gouveia (PT-SP), que dispõe sobre a organização dos conselhos gestores de unidade nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde - tanto nas públicas como nas conveniadas - em todo o território nacional. Tal projeto de lei, é expressão da luta dos movimentos sociais que desde a VIII Conferência Nacional de Saúde vem tentando instituir legalmente esse mecanismo de participação, por entendê-lo como uma instância importante para o fortalecimento do SUS.

A escolha dessa temática é resultado da minha experiência, a partir de 1995, no “Programa contra a Miséria e pela Cidadania – a Inserção da UFRJ”, coordenado pela

Profª Maria Inês Souza Bravo, que abrangia diversas unidades de ensino da Universidade Federal do Rio de Janeiro, dentre as quais a Escola de Serviço Social. Tal programa tinha como objetivo a assessoria aos movimentos populares da Baixada Fluminense, tendo a minha inserção, enquanto Bolsista de Iniciação Científica, ocorrido no projeto relativo a área da saúde no sub-grupo de Duque de Caxias. É importante ressaltar, que a partir de 1996, o projeto se desvincula da UFRJ, em decorrência da conclusão do processo de solicitação de aposentadoria da sua coordenadora, que fez com que a mesma se afastasse da Universidade. Nesse processo, é criado o Projeto “Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro”, cujas atividades de pesquisa concentraram-se, nesse ano, nas sedes das ONGs FASE e IBISS/MOHAN, e as atividades de assessoria nas sedes das Federações de Associações de Moradores da Baixada Fluminense e São Gonçalo. Em 1997, a coordenadora do projeto é contratada como professora visitante pela Faculdade de Serviço Social da UERJ, passando o projeto a ter a sua sede nesta unidade escolar.

Ainda em 1995, o equipe de pesquisa do sub-grupo de Duque de Caxias, do qual fazia parte, definiu como objeto de pesquisa os conselhos gestores de unidade, visto a necessidade de se conhecer melhor o funcionamento desses espaços. A partir daí, a equipe começou a acompanhar os conselhos gestores existentes no município e a realizar estudos sobre essas experiências. Neste processo, a equipe do projeto foi convidada, por uma religiosa da Igreja Católica que participava das assembleias do conselho comunitário de saúde, a realizar um trabalho de assessoria junto ao conselho gestor de unidade do Posto Médico Sanitário de Parque Equitativa, localizado no 3º distrito do município, cuja experiência estava sendo retomada em decorrência da morte de uma criança vítima de meningite devido ao precário atendimento no posto.

Nesse trabalho de assessoria, o projeto de pesquisa realizou reuniões, oficinas e dinâmicas para a mobilização dos usuários da área de abrangência da unidade de saúde, onde abordou-se as diversas instâncias de controle social na saúde, destacando o conselho gestor, seu papel e atribuições, bem como a importância da articulação dos mesmos com o conselho comunitário e o conselho municipal de saúde. Também, colocou-se em linhas gerais, as atribuições dos conselheiros e algumas características fundamentais para a sua atuação como representante. Após a formação do conselho gestor, foram realizadas duas oficinas, utilizando-se a metodologia do planejamento estratégico, onde foram levantados os principais problemas da unidade e formuladas propostas de ação sob as quais o conselho deveria se pautar. Também, através da

assessoria a este conselho, conseguiu-se que eles percebessem a importância de criarem um mecanismo de interação com a população local para prestarem contas da sua atuação, divulguem e avaliem as suas ações, e a partir daí pudessem estar planejando as suas atividades. Nesse processo, foi criada uma assembléia anual do conselho gestor, onde participava tanto a população da área de abrangência da unidade, como os funcionários e direção do posto.

É importante ressaltar, que a equipe do projeto, também assessorou o conselho gestor de Parque Equitativa, na elaboração do seu regimento interno, que depois serviu de modelo na formulação da Resolução, que regulamentou os conselhos gestores no município de Duque de Caxias.

A equipe do projeto de pesquisa, também acompanhou o processo de discussão da normatização dos conselhos gestores em Duque de Caxias, que resultou na aprovação no conselho municipal de saúde da Resolução 002/97. Após a aprovação da Resolução, o conselho comunitário de saúde, solicitou a equipe que elaborasse uma proposta de assessoria aos conselhos gestores de unidade, cujo conteúdo integrava não apenas a realização de um curso de capacitação, mas também a assessoria e sensibilização, tanto dos movimentos populares local, como das direções das unidades de saúde e profissionais, para a implantação desses conselhos. Tal proposta foi aprovada no conselho municipal de saúde, mas foi implementada de modo parcial. Assim, em março de 1999, o Projeto “Políticas Públicas de Saúde”, realiza o I Curso de Capacitação para Representantes dos Conselhos Gestores de Unidade em Duque de Caxias, em parceria com o conselho comunitário de saúde, conselho municipal de saúde e secretaria municipal de saúde.

Em 2003, já na condição de assistente social concursada da Prefeitura Municipal de Duque de Caxias, surge o convite, por parte da Coordenadora da Divisão de Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde, para eu integrar a equipe técnica da Divisão com a proposta de atuar na assessoria aos conselhos gestores de unidade, visto a minha experiência no Projeto “Políticas Públicas de Saúde”. O trabalho durou apenas três meses, pois a coordenadora da divisão foi afastada do seu cargo, e junto com ela toda a equipe técnica. Apesar disso, no período em que realizei a atividade fiz um levantamento dos conselhos gestores existentes no município, participei das reuniões dos mesmos, visitei unidades onde não existiam conselho gestor para sensibilizar a direção, cheguei a assessorar a implantação de alguns conselhos gestores, bem como consegui que algumas assistentes sociais passassem a participar das reuniões dos

conselhos gestores da sua unidade, ou se envolvessem na eleição para escolha dos profissionais de saúde.

Foi a partir da minha atuação no projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro”, aliado ao trabalho desenvolvido na Divisão de Serviço Social que cheguei ao meu objeto de pesquisa: *a análise do exercício do controle social na área da saúde, tendo como lócus a experiência dos conselhos gestores de unidade no município de Duque de Caxias –RJ*. Com vistas a contribuir na análise do conselhos gestores de unidade do município de Duque de Caxias, levantei algumas questões que nortearam o processo investigativo.

1. Considera-se que a criação de conselhos deliberativos e paritários, especialmente dos conselhos gestores de unidade, representam um avanço na democratização da relação Estado e sociedade, instituindo uma nova concepção de esfera pública baseada no direito de todos à participação da vida pública com vistas a socialização da política e do poder. Entretanto, na prática, tais conselhos podem funcionar tanto como instrumentos de democratização e participação, quanto como instrumentos de cooptação e legitimação do poder estatal.
2. A questão da representação, tanto ao nível dos usuários como dos profissionais de saúde, tem sido problemática nos conselhos gestores de unidade. A legitimidade da representação, passa pelo reconhecimento desse representante pelo grupo do qual faz parte. Para isso, é necessário que esses representantes sejam eleitos pelo seu segmento, bem como sejam capazes de vocalizar as demandas e os interesses do seu grupo. Desse modo, cabe saber como vem se dando a escolha dos representantes dos conselheiros gestores e que tipo de relação eles vêm estabelecendo com a sua base.
3. Considera-se que o conselho gestor de unidade têm possibilidade de criar uma nova cultura política, rompendo com o histórico autoritarismo, patrimonialismo e clientelismo tão arraigados na nossa formação histórico-social. Entretanto, para que seja instituída uma nova cultura política é necessário adquirir hegemonia, que nos dizeres de Gramsci é a direção política e cultural na formação de uma vontade coletiva. Para isso, é necessária a constituição de sujeitos sociais no movimento de conquista do consenso e da direção ético-política, em torno de valores a serem fixados para a direção e sustentação de um determinado projeto político. A formação da

vontade coletiva está ligada orgânicamente ao que Gramsci chama de “reforma intelectual e moral”. Desse modo, torna-se fundamental ao analisar as experiências dos conselhos gestores de unidade, verificar se os seus integrantes possuem a capacidade de transcender o nível setorial e corporativo de suas representações e se constituirão em tradutores de demandas sociais mais amplas, de modo a construir uma direção hegemônica capaz de inscrever na política pública os direitos sociais das camadas populares.

4. Para o funcionamento dos conselhos gestores de unidade torna-se fundamental a posição que os dirigentes das unidades de saúde têm sobre a participação dos usuários e dos profissionais de saúde nesses espaços. Tal posição torna-se muitas vezes decisiva, visto que eles influenciam diretamente no funcionamento desses espaços: na dinâmica de funcionamento; na elaboração da pauta das discussões; na possibilidade de fazer cumprir as decisões tomadas; na possibilidade de pressionar o gestor municipal para o cumprimento dessas decisões.
5. Face a conjuntura de enxugamento das funções estatais, de contra-reforma do Estado e de agravamento da questão social, de pressão pela desregulamentação social e econômica, há uma inibição na consolidação da esfera pública ameaçando as possibilidades de radicalização da cidadania nas práticas sociais. Nesse contexto, com a afirmação da hegemonia neoliberal ocorre um deslocamento dos espaços de representação coletiva para ações de grupos de pressão e de lobbies, visando a pulverização da força dos movimentos sociais e ao seu enquadramento no âmbito da defesa de interesses corporativos, desqualificando-os e despolitizando-os. Com isso, exacerba-se o individualismo e a competição - motores da lógica capitalista - desagregando os grupos organizados e minando com a perspectiva de direitos sociais universais. Para a reprodução da democracia é necessário que sejam constituídos sujeitos democráticos que se auto-reconheçam e reconheçam os outros enquanto portadores de direitos, que se expressa na existência de direitos sociais universais e equânimes. Contudo, em sociedades extremamente desiguais a constituição do si mesmo é privilégio que cabe a apenas àqueles que conseguiram alcançar a satisfação plena das suas necessidades através do mercado, enquanto o outro, se constitui, num contingente cada vez maior, de pessoas desprovidas do direito à subsistência

e, por fim, à margem da sociedade. Sendo assim, o processo de focalização na saúde, expresso no fenômeno da universalização excludente, tem levado à “cultura assistencial”. Tal cultura infantiliza, tutela e torna vulneráveis os segmentos mais pobres da população, impedindo-os de se constituírem como sujeitos portadores de direitos legítimos. (Raichellis, 1998:41). Desse modo, o acesso dos usuários às unidades de saúde se dá pela necessidade, visto serem impedidos de comprar esses serviços no mercado. Com isso, o serviço passa a ser visto como um favor, e não como um direito de cidadania.

No desenvolvimento do processo de pesquisa, buscou-se utilizar como referenciais teóricos autores que se pautam na teoria social de Marx, sobretudo os clássicos de Marx e Engels, o que não o torna isento de lacunas e equívocos quanto ao uso do método histórico-dialético.

Nesse sentido, a noção de democracia enquanto categoria central desse estudo, também é concebida tendo como referencial autores marxistas. Sua centralidade encontra-se tendo em vista a construção de uma nova ordem societária, na qual o conjunto dos cidadãos possam intervir ativa e efetivamente nas decisões relativas a gestão da vida social. Conforme Lukács a democracia é um processo e não um estado, por isso a utilização do termo democratização, pois ela não se esgota numa determinada configuração institucional, mas implica na modificação da estrutura política, social e econômica. (Coutinho, 2000).

Bravo (2001:45), considera a democracia representativa como uma vitória parcial da sociedade civil organizada, pois a hegemonia da classe capitalista dominante faz com que as principais decisões econômicas sejam tomadas de acordo com os interesses do poder privado. Assim, apropriando-se de Ingrao (1980), defende a concepção da democracia na sua perspectiva mais ampliada, que deve articular a democracia direta, de base, à democracia representativa com vistas a concretização da democracia progressiva, ou seja, a democracia de massas.

De acordo com Netto (1990:126), a democracia de massas deve ser organizada “*de baixo para cima, combinando a intervenção instituída com a instituinte*”. Tal concepção de democracia conjuga uma ação mediatizada pela delegação tradicional dos setores burgueses, que se traduzem nas instituições parlamentares, nos sistemas partidários, juntamente com uma rede de organizações de base como sindicatos, comissões de empresa, organizações profissionais e de bairro, movimentos democráticos, culturais e patrióticos, de inspiração religiosa e outras.

Ainda segundo este autor, o que está em questão é a redefinição da democracia política, que não se esgota no conjunto dos direitos cívicos tradicionais, mas situa-os num patamar de participação social mais alargada exercitada em todos os espaços da socialidade. A democracia de massas ainda não exclui a propriedade privada dos meios de produção mas insere o vetor trabalho. Assim, a democracia de massas ultrapassa aos limites das estruturas tradicionais para penetrar na organização da vida cotidiana da população, politizando o movimento social e, com isso, desautoriza e desacredita os monopólios estabelecidos pelo poder privado.

Segundo Netto (idem:127), ainda sem quebrar o ordenamento capitalista a democracia de massas cria três requisitos fundamentais para que ocorra a transição socialista em nossa sociedade: *“abre a via para a democratização da sociedade e do Estado, introduz o proletariado e seus aliados estratégicos nas atividades da gestão social e instaura uma dinâmica societária que permite vincular o “mundo do trabalho” ao “mundo da cultura”.*”

De acordo com Coutinho (2000), a democracia é um caminho para o socialismo, é um processo que aprofunda e combina reformas políticas com reformas econômicas e sociais. Democracia é soberania popular, é a construção de uma comunidade participativa, é igualdade. A democracia só se realizará se as grandes massas de excluídos forem incorporados como autênticos protagonistas do processo social. *“Só pode haver democracia para as grandes massas da população se elas forem capazes de se organizar, de expressar seus anseios e de obter efetivamente conquistas sociais, culturais e políticas no quadro de uma institucionalidade em permanente expansão.”* (idem: 131).

Tal participação não se traduz apenas pela via eleitoral, ou seja, por meio da democracia representativa. *“Além de votar, é necessário controlar os representantes eleitos e influir para que a representação se cole às mudanças que a opinião pública exige”.* (ibdem:134). Isso implica na necessidade da democracia direta, seja através de canais de organização popular de rua, como comícios e passeatas, ou através de focos de autogestão, quando refere-se às políticas sociais. As políticas sociais devem ser financiadas pelo Estado, portanto terem uma dimensão pública. Sendo assim, a sua gestão deve se dar através do controle do Estado pela sociedade civil, via mecanismos de participação popular. Em relação a política social de saúde, tal controle deve ser exercido pelos profissionais de saúde e usuários. É nesse contexto que adquire

relevância a experiência conselhistas na saúde, enquanto arena de disputa de diferentes interesses pela hegemonia na cena pública.

Esta dissertação pretende analisar a experiência dos conselhos gestores de unidade do município de Duque de Caxias, no que tange aos seus limites, possibilidades e desafios para a constituição de uma esfera pública democrática, considerando a atual conjuntura de desmonte das políticas sociais, de redução do papel do Estado, de crise econômica e política. No que se refere ao Serviço Social, embora não seja a profissão o foco, este estudo visa contribuir para o exercício da prática profissional, que a partir da municipalização das políticas sociais e do controle social, deixa de ser apenas o executor terminal das políticas sociais (Netto, 1992), redundando em uma ampliação das possibilidades de trabalho profissional, que passa a ser demandado para ações de planejamento, formulação e avaliação das políticas sociais, e de assessoria/consultoria aos conselhos.

A resposta a tais requerimentos exige a ruptura com uma prática profissional burocrática e rotineira, limitada ao cumprimento burocrático de horário, na realização de diversas tarefas das mais variadas, bem como ao cumprimento de atividades preestabelecidas institucionalmente. Para tanto, Iamamoto (1998), expõe alguns pressupostos que devem nortear a ação profissional na atualidade:

- ✓ O acompanhamento dos processos sociais que produzem e reproduzem a questão social, objeto de trabalho do assistente social, e a pesquisa da realidade social como componentes indissociáveis do exercício profissional. O profissional de Serviço Social atua na realidade social e é no movimento da realidade que estão postas as tendências e possibilidades para o exercício profissional. O profissional tem que ter capacidade para construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos a partir de demandas emergentes no cotidiano.
- ✓ Ser um profissional propositivo e não apenas executivo. A conjuntura não condiciona unidirecionalmente as perspectivas profissionais; contudo impõe limites e possibilidades. Sempre há um campo para a ação dos sujeitos, para a proposição de alternativas criadoras, inventivas, resultantes da apropriação das possibilidades e contradições presentes na dinâmica da vida social. Tal compreensão é fundamental para evitar uma postura fatalista do processo histórico, bem como o messianismo profissional.

- ✓ Fugir das armadilhas do teorismo, militância e tecnicismo, ou seja, não vê-los de forma isolada e sim articulados. Tal questão, requer uma base teórico-metodológica rigorosa, pautado na leitura e explicação da realidade e a construção de estratégias técnico-operativas para o exercício da profissão. É necessário preencher o campo de mediações entre as bases teóricas já acumuladas e a operatividade do trabalho. Além disso, é importante o engajamento político nos movimentos sociais e nas instâncias de representação da categoria.

Nos últimos 20 anos, as entidades da categoria tem construído um projeto ético-político, que encontra-se expresso no Código de Ética Profissional dos assistentes sociais, na Lei de Regulamentação da Profissão (CFESS, 1993) e nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Serviço Social (ABESS, 1997). Tal projeto ético-político, que deve nortear o trabalho profissional, apresenta, conforme Bravo (1999:36), como diretrizes proposições articuladas ao projeto de democracia de massas, que são:

“ defesa dos direitos humanos e sociais; construção da cidadania para todos, com ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura; compromisso com a qualidade dos serviços públicos prestados à população; posicionamento em favor da universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais públicas; defesa da gestão democrática; articulação com as entidades do Serviço Social e com movimentos de outras categorias, e com a luta geral dos trabalhadores.”

O assistente social, com base no projeto ético-político da profissão e coerente com as novas exigências e demandas postas para a profissão na atual conjuntura, no campo das políticas sociais, encontra as possibilidades para a difusão de uma cultura pública democrática. Isso coloca o desafio profissional de tornar os espaços de trabalho do assistente social - aqui no caso as unidades de saúde - espaços de fato públicos, alargando os canais de interferência da população na coisa pública, permitindo maior controle e interferência, por parte da sociedade, nas decisões que lhe dizem respeito.

O profissional de Serviço Social, é o único profissional da área da saúde que tem por objetivo a realização do direito individual e coletivo. É nessa direção, assegurada pela Lei de Regulamentação da profissão, pelo Código de Ética Profissional e, sobretudo, pela Constituição Federal e as leis orgânicas da saúde, que os assistentes sociais têm a possibilidade de potencializar a participação social, a organização e

capacitação dos usuários para o exercício do controle social da política de saúde e dos serviços prestados, por meio da participação direta e/ou indireta nos conselhos.

O assistente social, para contribuir na construção das possibilidades de os usuários virem a exercer o controle social, compondo os conselhos de saúde nos seus diversos níveis e/ou funcionarem como pressão organizada juntos a essas instâncias, precisa organizar os conhecimentos e informações necessários em todos os seus aspectos, com vistas a socializá-los com os usuários objetivando o desenvolvimento da consciência política e sanitária dos mesmos. Conforme coloca Vasconcelos (2002:435)

“Na saúde, se cabe ao médico, ao enfermeiro, primordialmente, a manutenção, recuperação e promoção da saúde, aos assistentes sociais – que tem como objeto a “questão social” – cabem, principalmente, organizar, aprofundar, ampliar, desenvolver, facilitar os conhecimentos e informações necessários sobre todos os aspectos da história e da conjuntura relativos à saúde e seus determinantes e à participação social e política dos usuários, a partir do conjunto de conhecimentos que a ciência tem produzido sobre a realidade social.”

De acordo com Bravo (1999:37-38), as demandas postas ao Serviço Social na área da saúde vem sendo orientadas pelos dois projetos sanitários em disputa na atual conjuntura: o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista ou, como a autora coloca, o projeto de saúde voltado para o mercado.

O projeto de reforma sanitária tem demandado do assistente social a construção de um novo modelo assistencial e de gestão, a articulação ensino-pesquisa e assistência, a democratização da instituição, o controle social, a ampliação da consciência sanitária, a integralidade das ações, a ação educativa na perspectiva problematizadora e uma nova relação com os usuários que tem por base a concepção de saúde como direito social e interdisciplinaridade das ações. Para responder a tais demandas, as principais estratégias de ação são: a ênfase na abordagem grupal, estímulo à participação social e democratização das informações.

Por outro lado, o projeto privatista ou o projeto voltado para o mercado, recoloca e revigora ações desenvolvidas no passado pelo assistente social e que foram superadas pela maturidade teórica-metodológica e política da profissão. O projeto de reforma sanitária é questionado ao focar uma concepção ampliada de saúde e a universalidade do atendimento. Tal projeto, retrocede na concepção de direito à saúde, requerendo uma ação burocrática, focalizada, subordinada à prática médica e ao mercado. Esse projeto, demanda do assistente social as seguintes ações: seleção sócio-econômica como

mecanismo de exclusão e inclusão; atuação psicossocial por meio do aconselhamento; ação nos planos de saúde com fiscalização dos usuários; assistencialismo através da ideologia do favor; predomínio das práticas individuais e não-coletivas; atividades burocráticas e gerenciamento das unidades na perspectiva da racionalização dos gastos, assim como de “inovações gerenciais” associada a técnicas de auto-ajuda que visam a redução da oferta de serviços e benefícios públicos. Possui como estratégias básicas a refilantropização, a focalização e a abordagem psicossocial.

De acordo com os exposto acima, considera-se que o projeto de reforma sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social têm origem no mesmo projeto societário, que é a democracia de massas. Sendo assim, uma atuação do Serviço Social na saúde que tenha como princípios a justiça social, a democracia e a igualdade tem que estar fundamentado nos princípios do projeto ético-político da profissão e do projeto de reforma sanitária.

Desse modo, conforme Bravo e Matos (2004:44), uma atuação competente do Serviço Social na área da saúde, requer:

“Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma crítica e criativa não submeter a operacionalização do seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS; Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros profissionais, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas. Bem como, levantar discussão e defesa da participação crítica também dos funcionários nesses espaços; Estar sempre disposto a procurar reciclagem, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.”

- **Estruturação do trabalho**

Esta dissertação é constituída de duas partes, nas quais são apontadas algumas reflexões acerca da gestão democrática e o controle social na área da saúde, com vistas a análise dos conselhos gestores de unidade no município de Duque de Caxias.

A primeira parte, intitulada “A Política de Saúde, a Gestão Democrática e o Controle Social no Brasil”, divide-se em três capítulos, que tem por objetivo contextualizar a política de saúde, a participação, a descentralização e o controle social, com vistas a entender as questões atuais e os desafios postos na atual conjuntura.

O primeiro capítulo traça um panorama da política pública de saúde na década de 90, ressaltando a disputa entre os dois projetos sanitários em confronto: o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista ou neoliberal. Destaca-se os impactos da contra-reforma do Estado no setor saúde, que sob a hegemonia do projeto neoliberal, apresenta como principal proposta a transformação das unidades públicas de saúde em organizações sociais.

No segundo capítulo, analisa-se o desenvolvimento do processo de descentralização na década de 90, tendo por base o embate entre os dois projetos sanitários em disputa. Destaca-se as Normas Operacionais Básicas, que se constituem como os principais mecanismos de regulamentação e orientação do processo de implementação da descentralização no SUS.

No terceiro capítulo, apresenta-se o debate sobre o controle social na área da saúde, destacando a proposta dos conselhos de saúde, a partir do resgate das concepções e estratégias democráticas presentes no contexto do movimento sanitário. Além dos conselhos previstos em lei federal, aponta-se outras propostas de ação que passam pela via das discussões em colegiado, destacando-se a proposta dos conselhos gestores de unidade. Além disso, apresenta-se outros mecanismos de controle social, que podem ser acionados pelos sujeitos que se vêem lesados em seus direitos.

A segunda parte, intitulada “A análise da Experiência dos Conselhos Gestores de Unidade no Município de Duque de Caxias”, é composta de dois capítulos, que propõe a apresentar o resultado desse estudo.

No primeiro capítulo – quarto capítulo da dissertação – apresenta-se um histórico da política de saúde no município de Duque de Caxias, destacando-se a importância do movimento popular na constituição de uma rede pública de saúde em consonância com os princípios do projeto de reforma sanitária, bem como a criação e o processo de institucionalização dos conselhos gestores de unidade.

No último capítulo, apresenta-se o resultado da pesquisa, que foi organizado a partir de alguns temas/problemas considerados relevantes e que se impõem como desafios para que os conselhos gestores de unidade de Duque de Caxias venham a constituir uma esfera pública democrática, que são: o conselho gestor na visão dos sujeitos, capacidade deliberativa, representatividade, capacitação dos conselheiros, articulação entre o conselho gestor e o conselho municipal de saúde versus conselho gestor e o conselho comunitário de saúde.

Para a realização desse estudo, foram realizadas 17 entrevistas, no período de junho de 2004 à fevereiro de 2005, onde buscou-se entrevistar um membro de cada segmento representado no conselho gestor de unidade existente no período (representante dos usuários, representante da direção e representante dos profissionais de saúde), bem como um representante do Conselho Comunitário de Saúde e o Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde. Também realizou-se uma pesquisa documental procurando ter acesso ao modo como vem se dando o exercício do controle social nos conselhos gestores de unidade no município, bem como seu processo de institucionalização, através de documentos, livro de atas e legislação específica.

Para finalizar são apresentadas as considerações finais, onde aponto os desafios e limites que vêm sendo enfrentados pelos conselhos gestores de unidade no município de Duque de Caxias, e proponho algumas estratégias para o seu enfrentamento.

PARTE I
A POLÍTICA DE SAÚDE, A GESTÃO DEMOCRÁTICA E O
CONTROLE SOCIAL NO BRASIL

“Ninguém respeita a Constituição, mas todos creditam no futuro da nação. Que país é esse?”

Que país é esse? , Legião Urbana.

Capítulo 1:

A POLÍTICA DE SAÚDE NA DÉCADA DE 90 E NO LIMIAR DO SÉCULO XXI

Este capítulo tem como objetivo traçar um panorama histórico-crítico da política de saúde no Brasil na década de 90, ressaltando a disputa e propostas entre os dois projetos sanitários em confronto: o Projeto de Reforma Sanitária – construído na década de 80 e inscrito na Constituição Federal de 1988 e o Projeto Privatista ou neoliberal da saúde, que torna-se hegemônico a partir da segunda metade da década de 90 e que se mantém hegemônico no limiar do novo século. Ressalta-se os impactos da contra-reforma do Estado no setor saúde e as suas proposições de normatizações.

1.1. A Seguridade Social nas décadas de 80/90

A compreensão do sistema de saúde brasileiro da atualidade exige que sejam levadas em consideração as alterações operadas na seguridade social nas décadas de 80 e 90, visto que a saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, compõe o tripé das políticas constitutivas do Sistema de Seguridade Social em nosso país, juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social.

A grosso modo, pode-se dizer que as transformações da Seguridade Social, ocorridas nos anos 80/90 figuram como desdobramentos da crise capitalista inaugurada no término dos anos 60 e aprofundada nas décadas de 80 e 90.

Em conjuntura de crise a estratégia utilizada pelo capital para o seu enfrentamento se dá em duas direções: primeiro, através do processo de reestruturação produtiva como forma de recompor o processo global da acumulação do capital, sendo as mudanças no mundo do trabalho uma das suas intervenções; e segundo, por meio de mudanças nos mecanismos sócio-políticos e institucionais imprescindíveis a manutenção da reprodução social, o que tem reflexo no espaço da luta de classes e na relação entre o econômico e o político, onde se inclui a reforma do Estado (Mota;1995:65-66).

Em finais da década de 60, o capitalismo vivencia o esgotamento do padrão de acumulação baseado na produção e no consumo de massas. Este esgotamento identificado como crise do fordismo/keynesianismo se expressa principalmente pela queda nas taxas de lucro, variações na produtividade e desemprego.

Nos anos 80, a crise se reafirma como uma crise do capital, tendo como principal determinante a questão econômica. Nesse momento, a administração da crise da superprodução se manifesta através da expansão do crédito para o financiamento dos

déficits orçamentários dos países hegemônicos e da integração funcional dos países periféricos ao processo de internacionalização do capital.

Por outro lado, a década de 80 é marcada por um salto tecnológico no universo fabril, com a introdução da automação, da robótica e da microeletrônica, fazendo com que o modelo fordista/keynesiano acabe por ser substituído pelo modelo toyotista ou acumulação flexível - originário do Japão - como novo modo alternativo de produção do capital. Tal processo exigiu novas formas de estruturação do mercado financeiro, comercial, o que vem acarretando o aprofundamento das desigualdades regionais e entre os diversos setores da economia, além de uma diminuição entre as noções de espaço e tempo.

“a acumulação flexível, como vou chamá-la, é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas...” (Harvey; 2000:140).

O toyotismo ou acumulação flexível - marcado por uma flexibilização do processo produtivo, dos produtos e dos padrões de consumo - vem acompanhado de uma flexibilização dos direitos trabalhistas e dos contratos de trabalho, objetivando uma maior subordinação dos trabalhadores às demandas das empresas, através do aumento do trabalho em tempo parcial e do trabalho precário.

A flexibilização dos direitos trabalhistas, sinônimo da precarização das relações de trabalho e do desemprego estrutural, tende a criar uma classe trabalhadora polarizada: de um lado, uma pequena parcela de trabalhadores com emprego estável e direitos sociais e trabalhistas garantidos; e de outro, um grande contingente de trabalhadores precários, temporários, subcontratados, etc.

Desse modo, a reestruturação produtiva não se restringe a um mero processo técnico de racionalização de modos e formas de produção. As mudanças no âmbito da produção dizem respeito também ao processo de trabalho e ao controle da força de trabalho. Suas iniciativas abarcam práticas eminentemente políticas implicando a formação de um consenso de classe.

Nas últimas duas décadas, as medidas de ajustes necessárias ao processo de reestruturação econômica, vem se dando através da defesa de um programa de corte neoliberal assentado na negação da regulação econômica estatal, no abandono das políticas de pleno emprego e na redução dos mecanismos de Seguridade Social em prol da sua regulação via mercado.

De acordo com Anderson (1995), o neoliberalismo surge como uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista e de bem-estar. Seu texto de origem é “O Caminho da Servidão”, de Friedrich Hayek, datado de 1944. Defendia o livre jogo do mercado e considerava que qualquer limitação dos mecanismos de mercado pelo Estado, era uma ameaça letal à liberdade econômica e política. Quanto a regulação social argumentava que o novo igualitarismo promovido pelo Estado de bem-estar, destruía a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da livre concorrência, da qual dependia a prosperidade de todos. Assim, considerava a desigualdade um valor positivo. Aqui, encontra-se a essência da proposta do neoliberalismo *“uma argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável e uma proposição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia”* (Netto, 1995:77).

A chegada da crise do Estado de bem-estar social nos anos 70 faz com que as idéias neoliberais passem a ganhar terreno. Sua fórmula para a saída da crise resume-se em algumas proposições básicas: um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e manter o controle monetário, mas parco nos gastos sociais e nas intervenções econômicas; busca da estabilidade monetária como meta suprema, o que implica numa necessária disciplina orçamentária. Isso significa uma contenção nos gastos com bem-estar e a restauração da taxa “natural” de desemprego; reforma fiscal, com a diminuição dos impostos sobre os rendimentos mais altos; e, o desmonte dos direitos sociais, implicando na quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o pacto político do período anterior (Behring, 2000:28).

Desse modo, conforme Soares (2000:12), o ajuste neoliberal não possui apenas uma natureza econômica, ele integra uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais. Passa a existir um outro projeto de “reintegração social”, onde

“os pobres passam a ser uma nova “categoria classificatória”, alvo das políticas focalizadas de assistência, mantendo sua condição de “pobre” por uma lógica coerente com o individualismo que dá sustentação ideológica a esse modelo

de acumulação: no domínio do mercado existem, “naturalmente”, ganhadores e perdedores, fortes e fracos, os que pertencem e os que ficam de fora.” (Idem:13).

Segundo Borón (1995:77), as políticas neoliberais trazem em seu bojo um duplo movimento: por um lado, a exaltação do mercado, considerado a esfera da eficiência, da probidade e da austeridade; por outro, a satanização do Estado, considerado o causador de todas as desgraças e infortúnios que afetam a sociedade capitalista.

Na América Latina, os impactos devastadores da crise financeira e a explosão da crise da dívida externa nos anos 80, levam ao reforço do modelo de ajuste estrutural, por meio do chamado “Consenso de Washington”.

Segundo Behring (2003:147-148), O consenso de Washington estabelece-se a partir de um seminário realizado naquela cidade, entre 14 e 16 de janeiro de 1993, para discussão de um texto do economista John Williamson, e que reuniu executivos de governo, dos bancos multilaterais, empresários e acadêmicos de onze países. Fiori (1997:12) coloca que neste seminário foram discutidos os passos políticos para a implementação de um plano único de ajustamento econômico que passaria por três fases:

“a primeira consagrada à estabilização macroeconômica, tendo como prioridade absoluta um superávit fiscal primário envolvendo invariavelmente a revisão das relações fiscais intergovernamentais e a reestruturação dos sistemas de previdência pública; a segunda, dedicada ao que o Banco Mundial vem chamando de “reformas estruturais”; liberação financeira e comercial, desregulação dos mercados, e privatização das empresas estatais; e a terceira etapa, definida como a da retomada dos investimentos e do crescimento econômico.”

Assim, as políticas de ajuste integram um movimento de ajuste global, que se desenvolve num contexto de globalização financeira e produtiva. Tal processo de ajuste global na economia mundial caracteriza-se por *“um rearranjo da hierarquia das relações econômicas e políticas internacionais, feito sob a égide de uma doutrina neoliberal, cosmopolita, gestada na capital política do mundo capitalista, denominada Consenso de Washington”* (Soares, 2000:16).

É nesse quadro, portanto, que a Seguridade Social, vinculada com as necessidades de socialização dos custos da reprodução da força de trabalho como condição para a acumulação do capital e com a organização política dos trabalhadores em torno das conquistas sociais institucionalizadas nos direitos sociais, torna-se um dos principais alvos das reformas sociais (Mota; 1995:24).

Neste contexto, conforme Mota (op.cit), a estratégia utilizada pelo capital para implementar as mudanças no mundo do trabalho e como forma de não perder sua hegemonia, dá-se pela gestação de uma cultura política da crise, um movimento que cria a idéia de que a crise afeta indistintamente o conjunto da sociedade e que a sua superação beneficia igualmente a todos, buscando o consentimento das classes trabalhadoras para a realização de mudanças econômicas.

Do ponto de vista político, os processos de resistência dos trabalhadores, que pontuaram os conflitos sociais dos anos 60, tanto nos países centrais como nos periféricos, pautavam-se na crença de que seria possível construir alternativas à ordem capitalista. Com a crise do socialismo real e as fraturas do modelo social-democrata, cuja referência é o sucesso do *modus operandi* de enfrentamento da crise. Assim, a nova cultura de enfrentamento da crise sobrepõe a eficiência econômica aos projetos sociais, fazendo com que as contradições não sejam mais pensadas no âmbito da relação capital x trabalho, mas como uma questão referente a cada região.

No decorrer da década de 80, no Brasil, com a emergência no cenário político de um novo sindicalismo e com a politização das demandas dos trabalhadores assalariados, o grande capital, reconhecendo o protagonismo deste novo sujeito político, inaugurou a prática das negociações coletivas consolidando dessa forma, o processo de fordicização das relações de trabalho no Brasil.

Contando com o mecanismo das negociações coletivas, os trabalhadores do grande capital, que vinham sofrendo um processo de rebaixamento salarial - reflexo do processo de reestruturação produtiva - passam a exigir das empresas a criação de mecanismos de obtenção de benefícios sociais vinculados às condições contratuais.

Esse processo acabou por determinar um outro perfil para a seguridade social brasileira, marcada pela mercantilização dos serviços de saúde e previdência social para os trabalhadores assalariados e, ao mesmo tempo, pela difusão de programas de assistência social para os pobres, coerentes com a proposta neoliberal do Estado Mínimo e com a necessidade de redução dos impactos sociais dos ajustes econômicos.

O capital absorve as demandas dos trabalhadores por benefícios sociais imprimindo uma direção coerente com as necessidades do processo de acumulação. Assim sendo, as tendências da seguridade social brasileira nos anos 80, são determinadas, por um lado, pelas práticas sociais das classes dos trabalhadores assalariados e do empresariado do grande capital - enquanto exigência do processo de enfrentamento da crise econômica, expressão particular de um movimento genérico e,

por outro, pelos processos de ajustes macroeconômicos, liderados por organismos financeiros internacionais (Fundo Monetário Internacional, BIRD e Banco Mundial), que veiculam as indicações do Consenso de Washington nos países do Terceiro Mundo acerca dos rumos da seguridade social. Sua principal orientação, é a focalização das ações, com estímulo a fundos sociais de emergência, e a mobilização da solidariedade individual e voluntária, assim como das organizações não-governamentais prestadoras de serviços de atendimento, no âmbito da sociedade civil.

Neste contexto, a estratégia política do capital no Brasil para a construção da sua hegemonia, se dá através da formação de uma cultura política da crise, visto que o processo de socialização política vivenciada no decorrer da década de 80, não permite mais exercitar pelo alto o seu poder. Desse modo, a universalização da ordem burguesa no país, hoje, impõe a formação de uma cultura geradora do consentimento das classes que venha a ser constituidora de hegemonia.

“Ora, se o desenvolvimento progressivo do processo de socialização da política, protagonizado pela luta dos setores organizados das classes subalternas, é formador de uma direção política de classe e constitutivo de hegemonia, não seria atípico que a burguesia procurasse contrapor-se a esse processo. Tal é a razão pela qual a construção de uma cultura da crise é coerente com a deflagração de uma ofensiva burguesa que parece vir tentando funcionalizar a luta dos trabalhadores pela socialização do poder político, como um processo que diz respeito aos modos conjunturais e operacionais de enfrentamento da crise, servindo-se, para tanto, do grau de socialização da política, conquistado pelos trabalhadores ao longo dos anos 80. Trata-se de inflexionar o objeto de resistência - os impactos da crise sobre os trabalhadores - num objeto de adesão e consentimento” (Mota, 1995:64).

Desse modo, a trajetória política do grande capital nos anos 80 e 90, no Brasil, vem se dando pela tentativa de construção de sua hegemonia, através da formação de uma cultura marcada pela necessidade de desqualificação das demandas dos trabalhadores, enquanto exigência de classe. Na Seguridade Social essa iniciativa é materializada pelo argumento da necessidade de mudanças no sistema de seguridade social existente, de modo a adequá-lo às reformas macroeconômicas com o consentimento das classes trabalhadoras.

Em finais da década de 80, há um deslocamento de natureza ideológica na ofensiva do capital e na posição dos trabalhadores que passaram a privilegiar a conjuntura da crise econômica em detrimento do embate de projetos societais. Segundo

Mota (ibdem), esse contexto, tornou possível a formação de uma cultura política da crise, marcada pelo pensamento privatista e pela constituição do cidadão-consumidor¹.

O rebatimento da crise econômica nas condições de trabalho e de vida da classe trabalhadora e na fragmentação de sua forma de organização acabou por redirecionar o conteúdo de suas reivindicações para o campo das suas necessidades imediatas. Tal deslocamento reduziu o escopo das propostas dos trabalhadores, subordinando a preservação das conquistas obtidas, até então, às possibilidades postas pela conjuntura de crise.

No Brasil, as propostas de cunho neoliberal surgem na virada dos anos 90, provocada pelo agravamento da crise econômica de 1989-90 e pelo esgotamento do Estado Desenvolvimentista brasileiro.

Segundo Soares (2000), o esgotamento do Estado Desenvolvimentista brasileiro tem sua expressão máxima no final do governo Sarney, com a perda de legitimidade política e aprofundamento da crise econômica o que provocou um sentimento generalizado de necessidade de mudança de rumo.

Neste contexto, identificam-se formas diferenciadas de gestão das políticas sociais orientadas pelos projetos de sociedade em confronto, que são: democracia restrita *versus* democracia de massas (Netto, 1990) ou liberal – corporativo *versus* democracia de massas (Coutinho, 2000).

A democracia restrita ou liberal-corporativo, compatibiliza-se com a concepção de Estado mínimo, segundo o qual o Estado deve intervir apenas para garantir o mínimo com vistas a aliviar a pobreza e apenas produzir serviços que o setor privado não pode ou não quer produzir, restringindo os direitos sociais e políticos. Desse modo, defende um enxugamento do Estado, bem como a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas. Estabelece as políticas sociais com base nos seguintes preceitos: parceria entre os setores público e o privado; transformação de instituições públicas em Organizações Sociais; adoção de modelos gerenciais flexíveis; e terceirização dos recursos humanos.

Em contraposição ao modelo anterior, o projeto de democracia de massa, baseia-se na concepção de Estado democrático e de direito responsável pelas políticas sociais. Defende a ampla participação social, que deve articular democracia representativa

¹ Para Mota, o cidadão-consumidor “é o sujeito político nuclear da sociedade regulada pelo mercado” (1995:24).

(instituições parlamentares e os sistemas partidários) com uma democracia direta (sindicatos, comissões de empresas, organizações de profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos, rurais e democráticos). Estabelece as políticas sociais a partir dos seguintes pressupostos: a cultura do público; a gestão democrática; o controle social sob as políticas públicas pela sociedade civil; a universalização do acesso; a descentralização; a garantia de um financiamento efetivo para a execução das políticas sociais; e melhoria na qualidade do atendimento prestado à população.

1.2. A Política de Saúde na década de 90: a disputa entre os dois projetos sanitários

As mudanças operadas no sistema de saúde brasileiro, nos anos 80 e 90, podem ser compreendidas como expressões da crise do capital e das alterações da seguridade social abordados no item anterior.

Segundo Bravo e Matos (2001:199), a disputa entre os dois projetos societários em confronto: o da democracia restrita, que restringe os direitos sociais e políticos, e o da democracia de massas, pautada na ampliação da participação social conjugando a democracia representativa com a democracia de base; se expressa na arena sanitária através de dois projetos hoje em disputa: o Projeto de Reforma Sanitária (contra-hegemônico) e o Projeto Neoliberal ou privatista (hegemônico).

O Projeto Neoliberal ou privatista está pautado na política de ajuste neoliberal tendo como principais características: **a privatização**, através da sua regulação via mercado, com estímulo ao seguro privado o que geralmente leva a uma regressividade do sistema. Tal privatização é induzida pelos mecanismos de subsídio estatal direto ou indireto às empresas ou sobre a forma do patrimonialismo, que nada mais é do que a apropriação privada do Estado; **a focalização**, que é a canalização dos recursos para programas sociais dirigidos aos setores pauperizados da sociedade através de um pacote básico para a saúde; **descentralização** dos serviços para os municípios como estratégia de redução dos gastos públicos, de desresponsabilização do Governo Federal; e eliminação da vinculação da fonte em relação ao financiamento.

Conforme Mendes (1994), o projeto neoliberal ou privatista da saúde, modificou a qualidade do setor privado e gestou o subsistema de atenção médica supletiva, que se consolidou na década de 80 a partir da sua autonomia em relação ao sistema público, tanto no que se refere ao financiamento, quanto a sua lógica de expansão que se dá

através da perda de qualidade do subsistema público levando à migração para o sistema privado do segmento da classe média, passando o subsistema público a ser o local de atenção do grupo populacional mais pauperizado.

A Constituição Federal de 1988 ao instituir o preceito da universalização, consolidou a tendência das políticas redistributivas defendido pelo Projeto de Reforma Sanitária, que pretendia a inclusão de todos aos benefícios do sistema público de saúde. Entretanto, apesar do direito a saúde ter se ampliado com a eliminação da contribuição previdenciária como condição para o acesso aos serviços públicos de saúde, a baixa qualidade do subsistema público acabou por expulsar os segmentos sociais das camadas médias e do operariado mais qualificado. Dessa forma, o mandamento constitucional da universalização da saúde como direito de todos os cidadãos acabou sendo reinterpretado na prática social como um universalismo excludente. Tal fato, segundo Mendes, se deu porque o processo de universalização do sistema de saúde vem sempre acompanhado de mecanismos de racionamento, principalmente a queda na qualidade dos serviços públicos.(idem:53).

Este fenômeno da “universalização excludente” acabou por criar dentro do espaço público uma opção pela focalização através da atenção primária seletiva como expansão de um modelo assistencial de baixo custo dirigido a grupos populacionais excluídos do modelo médico-assistencial privatista.

Este processo da “universalização excludente” ao expulsar do subsistema público os segmentos de classe média e os trabalhadores mais qualificados, grupos de maior vocalização política, acabou por contribuir para a erosão das bases sociais da reforma sanitária anulando a capacidade de formação de opinião pública do segmento de classe média e a força de mobilização dos sindicatos dos setores industriais modernos. Dessa forma, esvaecem as bases de apoio político para a melhoria dos serviços públicos e cresce o risco de perpetuação do ciclo: má qualidade - expulsão de setores organizados - baixa atividade reivindicatória - má qualidade. (Faveret Filho, P. & Oliveira, P. J. de, 1990).

Na realidade, os setores sociais expulsos do subsistema público de saúde não são totalmente expulsos, visto que eles continuam a depender do subsistema de alta tecnologia para receber os serviços de alto custo, pois geralmente tais serviços não são cobertos pelo subsistema de atenção médica supletiva (cf. Mendes, 1994).

A perda da qualidade do atendimento do subsistema público, até agora explicado como uma decorrência do processo de universalização pode ser entendida dentro do

contexto de crise do Estado que de um lado provoca a desagregação de seus aparatos de prestação de serviços e, de outro, acaba por não aumentar os recursos proporcionalmente à incorporação de novos usuários.

Além disso, o governo realizou modificação na forma do financiamento, através da substituição dos gastos do orçamento fiscal por gastos derivados de contribuições sociais. Isso ocasionou uma ruptura, na perspectiva dos prestadores de serviços privados conveniados e contratados, através do deslocamento do seu setor mais moderno para o subsistema de atenção médica supletiva, e a permanência, no subsistema público, do setor tradicional caracterizado pelo atraso tecnológico e por um processo de deterioração da qualidade do atendimento. (idem).

Dessa forma, observa-se um descredenciamento informal dos prestadores privados contratados e conveniados mais modernos que se mantinham no subsistema público, manifesto na não disponibilidade da totalidade de seus leitos ao subsistema público. (ibdem).

“(...) o subsistema público reserva-se como espaço de atenção à mão-de-obra de menor qualificação e ao setor informal da economia através das instituições estatais e dos prestadores privados contratados e conveniados retardados tecnologicamente que, no conjunto, passam a constituir o subsistema público do projeto neoliberal” (ibdem: 56).

É importante compreender, que o fenômeno da universalização excludente faz parte de uma estratégia para que se cumpra o processo de privatização da saúde. A privatização, enquanto objetivo central para a implantação da política social neoliberal, pois é ela quem atende ao objetivo econômico de abrir todas as atividades econômicas rentáveis ao investimento privado com vistas a ampliar os âmbitos da acumulação, bem como atende ao objetivo político-ideológico de remercantilizar o bem-estar social, depende de ações estatais específicas com o intuito de criar um mercado estável e garantido, assim como para resolver as contradições políticas geradas pela imposição dos postulados neoliberais.

Segundo Laurell (1997:168), uma das condições para que o processo de privatização seja socialmente aceito, bem como para criar uma demanda para os benefícios ou serviços privados - fato que só ocorre quando os serviços fornecidos pelo setor público são considerados insuficientes ou de má qualidade - é o corte dos gastos sociais públicos. Tal corte acaba por provocar uma deterioração dos serviços públicos e o seu desprestígio, provocando a migração do setor de classe média e os trabalhadores

de maior qualificação para o setor privado ajudando-o a criar uma demanda para si e a tornar o processo de privatização aceitável socialmente. Neste contexto, há um processo de satanização do Estado, que passa a ser visto como espaço de corrupção e ineficiência, e, por outro lado, a exaltação do mercado, enquanto espaço da virtude e da eficiência.

A privatização gera uma dualidade discriminatória entre os que podem e os que não podem pagar, passando o cidadão a ser dicotomizado entre cliente e consumidor. O cliente é objeto das políticas públicas, oferecido através de um pacote mínimo para a saúde previsto pelo Banco Mundial. Já o Cidadão consumidor, tem acesso aos serviços de saúde via mercado (Bravo e Matos, 2001). Assim, as políticas sociais neoliberais, especialmente a política de saúde, tem por base a desigualdade entre os indivíduos, contrariando o princípio legal da universalidade do atendimento. Rompe-se com perspectiva de direitos sociais universais, passando a ser visto como cidadãos apenas aqueles que possuem poder de consumo.

Apesar dos avanços obtidos com a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da saúde, ao reconhecer a política de saúde como um direito social derivado do exercício de uma cidadania plena, tal direito foi desmantelado não chegando a ser implementado. Tal fato demonstra, que a presença dos direitos sociais nas Constituições, ou seja, seu reconhecimento legal, não garante de forma automática a efetiva materialização dos mesmos, mas que mesmo assim é muito importante assegurar seu reconhecimento legal, visto que isso facilita a luta para torná-los efetivamente um dever do Estado. Não é a toa que os neoliberais tem se empenhado em eliminar tais direitos das normas legais e, especialmente da Constituição.(Coutinho; 2000:63-64).

No terreno das políticas sociais nada está decidido a priori, pois tal esfera é determinada pela luta de classes. Desse modo, elas são indiscutivelmente conquistas da classe trabalhadora mas também, em determinadas conjunturas, a depender da correlação de forças, a burguesia pode utilizá-las para desmobilizar a classe trabalhadora na tentativa de cooptá-los, fazendo com que tais direitos não explicitem plenamente o seu potencial emancipatório. Segundo Coutinho (ibdem), para que tal fato ocorra, é necessária a intensificação das lutas pela realização da cidadania, estabelecendo-se uma correlações de forças favoráveis aos segmentos sociais efetivamente empenhados nessa realização.

A década de 90 é perpassada por quatro gestões do executivo: Fernando Collor de Mello (1990-1992), primeiro presidente a tentar implementar o projeto neoliberal no Brasil, mas devido a uma coalizão heterogênea de forças, o mesmo é afastado do seu

exercício através de um impeachment; Itamar Franco (1992-1994), vice de Fernando Collor de Mello, assume o governo após seu impeachment, sendo o seu governo caracterizado como um freio ao processo de desmonte iniciado pelo seu antecessor. Entretanto, seu governo é fundamental para os rumos do Brasil, sendo o período de surgimento do “Plano Real”, política monetária de valor político fortíssimo para a manutenção do projeto neoliberal; Fernando Henrique Cardoso (1995-1998/1999-2002), ministro da Fazenda do governo Itamar, é eleito em 1995 devido ao aparente êxito do plano real. Em 1999, é reeleito.

Nesse período, a política de saúde passa por dois momentos distintos, no que se refere a reforma sanitária. Num primeiro momento, as proposições da saúde como um direito social e o SUS são apenas questionados pelo discurso neoliberal, sofrendo um boicote sistemático para sua implementação. No segundo momento, período que compreende o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), é apresentada proposta de diferenciada de SUS, de forma oficial e sistematizada, no bojo do debate da contra-reforma do Estado.

Bravo e Matos (ibidem) identificam na década de 90 quatro momentos no setor saúde, relacionando-os com a política nacional.

O primeiro momento compreende a era Collor, que é marcado pelo aprofundamento do retrocesso iniciado em finais da década de 80 após o giro conservador do governo Sarney, havendo redução das verbas para a área social, inclusive a saúde. Neste momento, não é apresentado um projeto de política de saúde pelo governo federal, mas há um boicote sistemático à implementação do SUS.

Nesse contexto, o governo passa a exercer uma pressão para desmobilizar o movimento em favor da saúde pública, que se expressa por meio da tensão vivida entre o governo e os representantes da sociedade civil, ocasionada pela resistência do governo em realizar a IX Conferência Nacional de Saúde, com a justificativa de que não havia uma infra-estrutura para um evento de grande porte. E, em 1991, o governo apresenta como contrapartida às conquistas obtidas pelo movimento sanitário, a Norma Operacional Básica (NOB 01/91), que padronizou os fluxos financeiros e implantou no sistema público o pagamento por produção.

Diante do declínio do governo, o então Ministro da Saúde Alceni Guerra e o Presidente Collor, viram-se impedidos de colocar mais obstáculos ao processo de implantação do SUS, devido as irregularidades administrativas do Ministério da Saúde e as denúncias de corrupção do ministro da pasta apresentadas pela mídia, que

caracterizaram os primeiros escândalos do governo Collor. Neste contexto, é definida a NOB 02/92, cujo objetivo era acrescentar à NOB 01/91 o critério populacional para o repasse dos recursos e o repasse automático dos mesmos para os municípios que tivessem cumprido com as exigências constitucionais.

Em 1992, próximo ao término da gestão Collor, o Ministro da Saúde Alcení Guerra é obrigado a renunciar sendo nomeado para o cargo Adib Jatene numa tentativa de mediação em busca de um apoio em meio a crise que enfrentava o governo. Adib Jatene se compromete a realizar a IX Conferência Nacional de Saúde, que ocorre nesse mesmo ano - dois anos após o previsto - tendo como temário “A municipalização é o caminho” e segundo Bravo (2001), apresentou como características a ratificação do SUS como modelo ideal de política de saúde para o país e se conformou como o primeiro movimento expressivo, tanto qualitativo como quantitativamente, em defesa do impeachment do então presidente da República.

O segundo momento compreende a era Itamar Franco, que assume o governo em meio a uma crise política, institucional, econômica e social. Segundo Behring (2003:154-155), o governo de Itamar Franco será marcado por avanços limitados no que se refere à legislação complementar à Constituição de 1988, como foi o caso da Lei Orgânica da Assistência Social, mas também pela rearticulação da coalizão conservadora de poder constituído ao redor de Fernando Henrique Cardoso - então a frente do Ministério da Fazenda - que capitaneou o plano de estabilização, o Plano Real², criado em 1994 poucos meses antes da eleição, que promoveu uma verdadeira chantagem eleitoral: ou se votava no candidato do Plano (FHC) ou colocar-se-ia em risco a estabilidade da moeda, havendo o retorno da inflação, a ciranda financeira e a escalada dos preços.

Segundo Bravo e Matos (2001), o governo de Itamar Franco contou com dois momentos na arena sanitária. O primeiro refere-se à gestão de Jamil Haddad (08/10/92 à 19/08/93), que se caracterizou como um freio ao sucateamento do setor saúde, com

² Segundo Fiori (1997:14), o Plano Real, integra a grande família dos planos de estabilização discutidos na já referida reunião de Washington e patrocinados pelas instituições internacionais. O Plano possuía uma concepção estratégica de longo prazo sendo condição para o seu sucesso no curto prazo: ajuste fiscal, reforma monetária, reformas liberalizantes, desestatizações, etc., para que só após de restaurada uma economia aberta de mercado pudesse haver uma retomada do crescimento. Sendo assim, o autor coloca que “o Plano Real não foi concebido para eleger FHC; FHC é que foi concebido para viabilizar no Brasil a coalizão de poder capaz de dar sustentação e permanência ao programa de estabilização do FMI, e viabilidade política ao que falta ser feito das reformas preconizadas pelo Banco Mundial.”

apresentação de proposições de fortalecimento do SUS. E a gestão de Henrique Santillo (30/08/93 à 01/01/95), caracterizada pela ausência de proposições operacionais ao avanço do SUS, mas também sem apresentação de propostas contrárias ao mesmo.

Em sua gestão no Ministério da Saúde, Jamil Haddad, que era uma pessoa afinada com o Projeto de Reforma Sanitária, teve como compromisso político o aprofundamento do processo de municipalização e a democratização do debate acerca da Política Nacional de Saúde. Entretanto, ele permaneceu no ministério por poucos meses, sendo substituído por Henrique Santillo, que permaneceu até o término do mandato de Itamar Franco. Segundo Bravo e Matos (idem:202), a saída de Jamil Haddad do Ministério da Saúde, foi resultado do êxito do plano real e da primazia da área econômica sobre o social.

Em 1993, é extinto o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), proposta do Movimento de Reforma Sanitária que ocorre em paralelo ao movimento do Ministério da Previdência Social juntamente com a equipe econômica, de implodir o conceito de seguridade social, recolocando o Ministério da Saúde na situação de pedinte.

O terceiro momento refere-se ao governo de Fernando Henrique Cardoso, iniciado em 1995, período em que ocorre de forma explícita a implantação do projeto neoliberal no país. Eleito Presidente da República, em 1994, Fernando Henrique Cardoso dá continuidade ao Plano Real. Apesar de a sua campanha eleitoral ter se baseado em promessas na área social, havendo cinco prioridades (os cinco dedos na mão), em seus oito anos de governo ocorreu um verdadeiro desmonte do social, nas palavras de Lesbaupin (2002). Foram características das políticas sociais no seu governo, sua subordinação à estratégia macroeconômica do grande capital, situando-as em parâmetros mercantis. (Netto;1999:87).

A orientação do projeto político do grande capital, cujo objetivo era a integração subordinada do Brasil ao sistema econômico mundializado, materializou-se, conforme Netto (ibdem:80), na política econômica de FHC desenvolvida através das seguintes ações: o “Plano Real”, enquanto instrumento de estabilização monetária, como o primeiro passo para a abertura do mercado brasileiro (de bens e serviços) ao capital internacional, desregulamentando-o; a redução do papel empresarial estatal, decorrente da desregulamentação do mercado brasileiro, que levou a privatização e a redução dos fundos públicos para o financiamento das políticas sociais voltadas para a massa dos trabalhadores, sob o pretexto da redução do déficit público e em nome do “ajuste

estrutural”. Assim, segundo o autor, o projeto político do grande capital, conduzido por FHC, concentrou-se na reforma do Estado brasileiro sob a perspectiva neoliberal, “reforma” esta conduzida contra o espírito da Constituição de 1988.

No próximo subitem, será apresentada as proposições contidas no Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), elaborado pelo Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE)³, sob a liderança de Bresser Pereira. Tal documento foi aprovado em setembro de 1995 na Câmara da Reforma do Estado - um órgão interministerial criado para esse fim. Nele está contido as idéias centrais daquilo que estamos chamando de contra-reforma do Estado, visto seu caráter conservador e regressivo. (Behring, 2003).

1.2.1. O Plano Diretor da Reforma do Estado

O Plano Diretor da Reforma do Estado é justificado logo na sua introdução, através do discurso de que o Estado desviou-se das suas funções precípuas para atuar com grande ênfase na esfera produtiva. Considera que o Estado e o mercado são as duas instituições centrais que operam na coordenação dos sistemas econômicos, desse modo se uma delas funcionar de modo irregular configura-se uma crise. Tem-se, assim, que a crise dos anos 20 e 30, tiveram por base o mau funcionamento do mercado, enquanto que a crise dos anos 80 foi fundada no Estado. Assim, a “reforma” do Estado nos anos 90, coloca-se como um tema de alcance universal e uma cobrança de cidadania.

O documento define como características da crise do Estado: a crise fiscal; o esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado, sendo suas expressões o Welfare State, a estratégia de substituição de importações nos países periféricos e o estatismo comunista; e por fim, a superação da administração pública burocrática.

De acordo com o documento, no Brasil, a primeira reação à crise nos anos 80 foi ignorá-la, o que ocorreu logo após a transição democrática. Segundo Behring (idem:177), tal afirmação, significou dizer que a transição democrática fez “populismo econômico”, numa referência explícita ao Plano Cruzado do governo Sarney (1985-89). A segunda resposta, considerada igualmente inadequada pelo documento, foi a neoliberal. Ambas as respostas foram consideradas irrealistas pelos autores: a primeira porque subestimou a crise; a segunda, porque foi utópica. Assim, com este projeto

³ O Plano Diretor da Reforma do Estado, além de outros documentos que veiculavam as propostas de “reforma” do Estado do governo FHC, encontravam-se disponíveis na homepage do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que incorporou o extinto MARE.

pretende-se dar uma resposta “consistente” à crise do Estado, com a idéia da reforma ou reconstrução do Estado, de modo a resgatar a sua autonomia financeira e a sua capacidade de implementar políticas públicas. Assim, coloca como necessários para a realização da “reforma” do Estado: o ajuste fiscal duradouro; reformas econômicas orientadas para o mercado, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, que garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; a reforma da previdência social; a inovação dos instrumentos de política social; e reforma do aparelho do Estado, visando o aumento da “governança”, que significa o aumento da capacidade de implementar, de modo eficaz, as políticas públicas. O ajuste fiscal cabe à equipe econômica (Planejamento e Fazenda). Ao Plano Diretor e ao MARE, cabe orientar e instrumentalizar a “reforma” do aparelho do Estado, com vistas a estabelecer as condições para que o governo aumente a sua governança. Assim, distingue a reforma do Estado da reforma do aparelho do Estado. A reforma do Estado é um projeto mais amplo referente às diversas áreas do governo, bem como, a toda sociedade brasileira, enquanto que a reforma do aparelho do Estado é orientada para tornar a administração pública mais eficiente e mais voltada para a cidadania.

O Plano propõe uma redefinição do papel do Estado. Parte-se do pressuposto que se o Estado mantém-se como um recolocador de recursos, que garante a ordem interna e a segurança externa, tem os objetivos sociais de maior justiça ou igualdade, e os objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento. No entanto, para ele cumprir esses dois últimos objetivos, o Estado acabou por assumir funções diretas de execução, que levou a distorções e ineficiências. Hoje, então, a “reforma” do Estado passaria por transferir para o setor privado as atividades que podem ser executadas pelo mercado, a exemplo das empresas estatais. Outra forma é a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder do Estado, mas que devem ser subsidiados por ele, a exemplo da educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Este processo é caracterizado como “publicização”, que significa a transferência para o setor público não-estatal da produção dos serviços competitivos ou não-exclusivos do Estado, estabelecendo-se uma parceria entre Estado e sociedade para seu financiamento e controle. Com isso, o Estado reduz seu papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo o seu papel de regular e prover. Reforça-se a governança através da transição programada de um tipo de administração pública, rígida e burocrática para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente. Para os

autores do Plano, o Estado brasileiro não carece de governabilidade, mas de governança.

De acordo com o documento, a proposta de “reforma” do Estado em curso se faz, não apenas para dar resposta a sua crise, mas em nome da defesa da res-publica, contra a privatização do Estado e de ações rentistas. Nesse sentido, fala sobre a prática de participação e controle direto da administração pública pelos cidadãos que vêm sendo freqüente, principalmente no nível local, e que vem sendo uma forma de defesa da coisa pública. Na esfera administrativa, o Plano prevê a superação dos modelos de gestão patrimonialistas e burocráticos pela perspectiva gerencial. A crítica à gestão burocrática refere-se ao fato de que nela o Estado volta-se para si mesmo, dando margem ao abuso e à ineficiência. A perspectiva gerencial, ao contrário, introduz a eficiência e a qualidade na prestação dos serviços públicos, inspirada em elementos da gestão empresarial. O controle baseia-se pelos resultados e não pelos processos, mas mantém-se a questão da profissionalização do funcionalismo, característica da gestão burocrática. É uma estratégia que conduz à competição administrada no interior do Estado e envolve: a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade; garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros colocados à sua disposição para que atinja os objetivos contratados; o controle e a cobrança a posteriori dos resultados. Desse modo, a proposta aponta para formas flexíveis de gestão e descentralização das decisões, com vistas a aumentar a eficiência do Estado. O cidadão é visto como contribuinte de impostos e cliente dos serviços.

Segundo o documento, a criação em 1936 do Departamento administrativo do Serviço Público (DASP), foi a primeira tentativa de formação de uma burocracia profissionalizada no país nos moldes weberianos, mas coexistiu com o patrimonialismo (contra o qual a perspectiva burocrática se instalara), que ainda possuía força no quadro político brasileiro. Para os autores do Plano, o Decreto-Lei 200 de 1967, foi a primeira tentativa de implantação do modelo gerencial no país, que expandiu a administração indireta para flexibilizar a administração visando a atribuir maior operacionalidade às atividades econômicas do Estado. A crítica dirigida à estratégia do governo militar refere-se ao fato de que não houve mudanças na administração burocrática central, o que levou a coexistência de núcleos de eficiência e competência na administração indireta e formas arcaicas e ineficientes no âmbito da administração direta ou central. Além disso, não investiu na formação de funcionários de alto nível na administração

direta. Depois disso, há uma nova tentativa, no início da década de 80, para implementar uma reforma gerencial com o Programa Nacional de Desburocratização, posteriormente dirigida para o desenvolvimento do Programa Nacional de Desestatização, com vistas a conter os excessos da expansão da administração descentralizadas, estimuladas pelo Decreto-Lei 200/67.

Os autores consideram que a transição democrática de 1985, significou um retrocesso nas ações rumo a reforma gerencial, que apesar de representar uma grande vitória democrática, teve como custos um novo populismo patrimonialista, que imprime à Constituição de 1988 um retrocesso burocrático sem precedentes. Nesse aspecto, a Constituição promoveu um engessamento do aparelho estatal através das seguintes medidas: extensão para os serviços do Estado, bem como para as empresas estatais as mesmas regras burocráticas rígidas adotadas no núcleo estratégico do Estado; o regime jurídico único, a estabilidade para os servidores civis e a aposentadoria integral no serviço público. Desse modo, a Constituição de 1988 cria privilégios e desprestigia a administração pública, além de aumentar o custo da máquina administrativa e a ineficiência dos serviços públicos. O Plano introduz um diagnóstico, com vistas a provar a tese que a Constituição tirou a capacidade operacional do governo e aumentou seu custo. Tal diagnóstico é realizado em três dimensões: a dimensão institucional-legal, a dimensão cultural e a dimensão gerencial.

Na dimensão institucional-legal, o Plano afirma que a Constituição e o direito administrativo privilegiam o modelo burocrático tradicional, baseado no formalismo, no excesso de normas e na rigidez de procedimentos, que ocorre em detrimento dos resultados. Outro aspecto é a descentralização preconizada pela Constituição, que dá maior estatuto aos estados e municípios, mas que caminha em ritmo lento, visto a existência da crença, arraigada na cultura política brasileira que é papel da União a promoção do desenvolvimento social do país. Tal crença, segundo os autores, entra em contradição com a profunda tradição municipalista brasileira. Já a legislação que regula as relações de trabalho no setor público é considerada protecionista e inibidor do espírito empreendedor. A maior expressão, segundo os autores, é o Regime Jurídico Único e a extensão do regime estatutário para o funcionalismo. Ao querer evitar o clientelismo e o patrimonialismo, segundo o Plano, a Constituição aumentou a rigidez e a ineficiência. Outro aspecto é a tendência ao aumento de gastos com pessoal, pela União, principalmente com os inativos. Tal aspecto é fundamental no projeto de

reforma, visto se configurar num elemento fiscal explosivo e, de acordo com os autores, injusto por tratar-se de “privilégios” e gerador de desequilíbrios.

Na dimensão cultural e gerencial, os autores do Plano afirmam que o patrimonialismo não constitui mais um valor no Brasil de hoje, e que os políticos são controlados por seus eleitores. Prossegue, propondo romper com a desconfiança generalizada de que se administra em causa própria no âmbito das instituições públicas. Ao assumir ruptura nessa dimensão cultural, torna-se possível introduzir a administração pública gerencial. Sugere a promoção por mérito em carreiras formalmente estabelecidas e a profissionalização do servidor, combinada a uma motivação negativa, que significa a demissão por insuficiência de desempenho. Cita a criação de mecanismos que viabilizem o controle social, mas não diz quais seriam.

O Plano divide o Aparelho do Estado em quatro setores: o Núcleo Estratégico que formula as leis e as políticas públicas, e controla sua execução, composto pelos três poderes. O Setor de Atividades Exclusivas, onde são prestados os serviços que só o Estado pode realizar, a exemplo da previdência social básica, a educação básica, segurança, e outros. O Setor de Serviços Não-Exclusivos, que corresponde ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas, como as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus. O Setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado, que corresponde a área de atuação das empresas. Tais áreas estão no Estado seja porque não foram assumidas pelo mercado devido a falta de capital para realizar o investimento, seja porque são atividades monopolistas cujo controle via mercado não é possível, sendo necessário no caso de privatização uma regulamentação rígida. A esses setores correspondem formas de propriedade: estatal para os setores do Núcleo Estratégico e o Setor de Atividades Exclusivas do Estado; pública não-estatal para o Setor Não-Exclusivo, visto tornar mais fácil e direto o controle social, através da participação nos conselhos de administração dos diversos segmentos envolvidos, como também favorece a parceria entre sociedade e Estado; privada para o Setor de Produção de Bens e Serviços. Neste último, a propriedade estatal não é recomendada, mas deve haver um sistema seguro de regulação. Quanto a forma de administração, é proposto para o Núcleo Estratégico um mix entre administração burocrática e gerencial; nos demais, a administração gerencial.

No caso das atividades exclusivas do Estado, a proposta é transformar as autarquias em agências autônomas, administradas segundo um contrato de gestão, prevendo-se mecanismos de controle social, no entanto, sem dizer novamente que

mecanismos seriam esses. É importante observar, que o Plano demonstra uma preocupação com o controle social, entretanto ignora por completo os conselhos paritários previstos em legislações complementares das políticas constitutivas da seguridade social. Aliás, a própria concepção de seguridade social é ignorada pelo Plano, sendo políticas públicas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social tratadas de modo desarticulado. Tal fato demonstra, conforme Behring (ibdem:182), “*o espírito (e a letra) anticonstitucional do Plano*”. No caso dos serviços não exclusivos, a proposta do Plano é transferi-los para o setor público não-estatal através do que os autores chamam de Programa de Publicização, transformando-os em organizações sociais. As organizações sociais são entidades de direito privado sem fins lucrativos, que celebram um contrato de gestão com o Poder Executivo, que lhes asseguraria uma dotação orçamentária. Contudo, é prevista outras formas de financiamento que poderá ser via compra de serviços e doações. Nas organizações sociais são previstos mecanismos de controle social através da criação de conselhos de administração, cujo papel é a formulação e a avaliação do desempenho das organizações. Em relação ao setor de produção bens e serviços para o mercado, o Plano propõe a continuidade do processo de privatização através do Conselho de Desestatização e a implantação de contratos de gestão nas empresas que não puderem ser privatizadas.

O Plano prevê uma estratégia de transição da “reforma” do aparelho do Estado a partir de três dimensões: a institucional-legal, que trata da reforma do sistema jurídico e das relações de propriedade; a cultural, baseada na transição de uma cultura burocrática para uma cultura gerencial; e a terceira que aborda a gestão pública a partir do aperfeiçoamento da administração burocrática vigente e a introdução da administração gerencial, incluindo aspectos de modernização da estrutura organizacional e dos modelos de gestão. Na primeira direção, são estratégicas as emendas da reforma administrativa e a reforma da previdência na parte referente aos servidores públicos, tendo como pano de fundo o ajuste fiscal. Quanto a mudança cultural e da gestão pública, é destacada a ênfase nos resultados, a superação dos resquícios do patrimonialismo, a recuperação da confiança nos administradores e a introdução de critérios de avaliação e indicadores de desempenho.

Uma primeira questão que se deve observar na análise do Plano, é a sua compreensão sobre a crise contemporânea, que para seus autores está localizada no Estado. Tal explicação, expressa uma visão unilateral e monocausal da crise que, concordo com Behring (ibdem:197), é metodologicamente incorreta e empobrecedora

do debate. Conforme vimos anteriormente, as mudanças em curso são resultado de uma reação do capital que em finais da década de 60 passa a vivenciar uma crise, que se aprofunda nas décadas de 80 e 90. De modo a recompor a acumulação global do capital, a estratégia utilizada passa pela reestruturação produtiva, pela internacionalização dos mercados, com redefinição do papel dos países e forte presença do capital financeiro; e pelo neoliberalismo, que vem orientando as reformas liberalizantes combinada a uma forte ofensiva intelectual e moral com vistas a criar um ambiente propício à essas mudanças, diluindo possíveis resistências.

De acordo com Behring (ibdem:198), a “reforma” do Estado, tal como vem sendo conduzida, é a versão brasileira de uma estratégia de inserção passiva e a qualquer custo na dinâmica internacional e representa uma escolha político-econômica, não um caminho natural diante dos imperativos econômicos. Tal opção levou a uma forte destruição dos avanços, mesmo que limitados, dos processos de modernização conservadora que marcaram a história do nosso país, o que permite caracterizar o processo em curso, conforme Behring (idem), como uma contra-reforma, que mantém a condução conservadora e moderniza apenas pela ponta, demarcando uma perda total do sentido de nacionalidade e um componente destrutivo nunca visto antes nos saltos para frente promovidos nos períodos anteriores.

Conforme se pode observar no decorrer do Plano, o centro da “reforma”, é na verdade, o ajuste fiscal, fazendo crer que as supostas preocupações com a proteção social – nas novas modalidades propostas – bem como com a consolidação da cidadania e da democracia no Brasil mais se pareçam ornamentos para tornar o ajuste mais aceitável.

De acordo com Behring (ibdem), a maior expressão da inadequação desse viés liberal-reformista encontra-se na sua incongruência entre o discurso da chamada reforma e a política econômica. Nesse aspecto, ocorre uma aparente esquizofrenia: argumenta-se que crise localiza-se no Estado, tornando-se necessário refuncionalizá-lo para novas requisições, com vistas a corrigir distorções e reduzir custos; entretanto, a política econômica destrói de modo acelerado os mecanismos de financiamento do Estado brasileiro através da sua inserção na ordem internacional deixando o país a mercê dos especuladores do mercado financeiro, fazendo com que todo esforço para redução dos custos preconizados acabe no crescimento galopante das dívidas interna e externa. É expressão disso o processo de privatização das empresas estatais, feitas em nome da diminuição da dívida pública e da busca da eficiência do Estado na

implementação de políticas sociais, mas que contrariamente, conforme demonstra o exaustivo estudo sobre a temática, realizado por Biondi (1999), acabou por aumentar a dívida interna e externa.

Outra questão que aparece e que possui destaque no processo de reforma em curso, é o Programa de Publicização, que se expressou na criação das agências executivas e das organizações sociais, e mais recentemente na regulamentação do Terceiro Setor – aspecto que não aparece no Plano, mas que se desdobra a partir dele, para a execução de políticas públicas.(ibdem:204). Essa nova modalidade arquitetônica institucional na área social combinada ao serviço voluntário, que desprofissionaliza a intervenção nessas áreas, remetendo-as para o mundo da solidariedade através de um trabalho voluntário não remunerado deve ser entendida, conforme Montaño (2002:22), como um fenômeno real inserido na e produto da reestruturação do capital, pautado nos princípios neoliberais, que cria um novo padrão para a função social de respostas às seqüelas da “questão social”. Tal resposta deixa de ser privilégio do Estado, por meio deste do conjunto da sociedade, passando a ser uma responsabilidade dos próprios sujeitos portadores de necessidades, o “cidadão pobre”, e da ação filantrópica, “solidário-voluntária”, de organizações e indivíduos. Desse modo, a resposta às necessidades sociais deixa de ser uma responsabilidade de todos (na contribuição compulsória do financiamento estatal, instrumento de tal resposta) e um direito do cidadão, para ser uma opção do voluntário que ajuda o próximo, e um não-direito do “cidadão-pobre”. Isso se configura na chamada refilantropização da assistência social, que implica numa precipitada volta ao passado sem esgotar as possibilidades da política pública na sua formatação constitucional. Soares (2000:82-83), denuncia a ineficiência dessas “pequenas soluções ad hoc” e do ‘reinado do minimalismo”, que segundo ela, estão levando a uma “descentralização destrutiva” e ao reforço dos esquemas tradicionais de poder, como do “caciquismo” ou do “coronelismo” local. Segundo Telles (apud Behring, ibdem:254), trata-se de uma nova forma de gestão da pobreza e do social, em que há um encapsulamento comunitário da questão social e o esvaziamento das noções de democracia e justiça social. Ainda segundo a autora, ocorreu um desmonte das idéias de responsabilidade e bem públicos, assim como promoveu uma mutação de sentidos em que os direitos passam a se configurar como ônus e custos, privilégios e anacronismos corporativos. Assim, há a construção de um welfare privado, em nome da modernidade e da solidariedade.

Behring (ibdem:207), aponta como um outro elemento crítico, a prática da Reforma e a consolidação democrática. Ela coloca que os dois governos de orientação neoliberal não estabeleceram, em geral, arenas de debates e negociação sobre o assunto, preferindo se dirigir “*para reformas constitucionais num Congresso Nacional balcanizado*”, ou para medidas provisórias. Foram utilizadas, preferencialmente, a via tecnocrática e “decretista” com a aprovação de um Congresso submisso ou pragmático. Particularmente no governo FHC, utilizou-se de forma abusiva o recurso das medidas provisórias, de expedientes desrespeitosos em relação a atores envolvidos em determinadas políticas, do corte de recursos e da corrupção do Poder Legislativo. Desse modo, conclui que tais fatos tornam o discurso sobre a democracia, ou mesmo sobre uma governabilidade democrática, no Plano, um tanto inócuo ou vazio.

De acordo com a autora, o tema da governabilidade é recorrente no debate da comunidade da reforma, ao lado de outros novos conceitos que se relacionam com o conservadorismo disfarçado, para a construção de uma agenda aparentemente comum e consensual, mas que na realidade não passam “*de um amontoado de fórmulas empregadas de forma intencionalmente vaga...*” (Fiori, 1997:34). Para Behring (ibdem:207), dentre esses novos conceitos a governabilidade merece destaque, visto sua centralidade no discurso e na prática da contra-reforma.

Fiori (ibdem) faz um breve resgate da trajetória do conceito de governabilidade, passando por Huntington até a sua versão eclética nos anos 90, onde chega a seguinte conclusão: que há uma variação de significado do termo ao longo do tempo e do espaço, podendo referir-se ora para condições sistêmicas do exercício eficiente do poder, ora para uma boa maneira de gerir os recursos públicos, tornando impossível qualquer aspiração de validação universal. Portanto, é um termo teoricamente indeterminado e indeterminável, tratando-se na verdade, não de um conceito teórico, mas de uma categoria estratégica, que é sempre e irremediavelmente situacionista.

Após nosso percurso pelas propostas contidas no Plano Diretor da Reforma do Estado, veremos como se desenvolveu a política setorial da saúde no governo de FHC.

1.2.2. A Política de Saúde no Governo de Fernando Henrique Cardoso e o impacto da contra-reforma na área da saúde

Nesse subitem, destaca-se a política de saúde no governo de FHC, visto este ser o período em que é apresentada uma contra-proposta ao SUS constitucional, de forma oficial e sistematizada, no contexto da proposta da contra-reforma do Estado.

Nesse período, Bravo e Matos (2001:204) identificam dois momentos diferenciados na arena sanitária, compreendidos como terceiro e quarto momentos da política de saúde no Brasil na década de 90.

O terceiro momento, refere-se a gestão no Ministério da Saúde de Adib Jatene (01/01/95 à 07/11/96), que compreende os dois primeiros anos do mandato do governo. Em 1995, Adib Jatene, frente as dificuldades financeiras do setor, defendeu a criação de uma nova fonte de recursos: o CPMF(Contribuição sobre Circulação Financeira). Entretanto, “o tiro acabou saindo pela culatra”, pois a aprovação do CPMF fez com que este acabasse por se tornar a única fonte de financiamento para o setor saúde, quando não era extraviado para outras áreas.

Outra proposta surgida neste período para a questão do financiamento da saúde, foi o Projeto de Emenda Constitucional 169 (PEC 169), dos parlamentares Waldir Pires e Eduardo Jorge, consensual entre vários segmentos da saúde, que definia 10% dos recursos fiscais para a saúde e 30% para a Seguridade Social. Entretanto, apesar da pressão dos vários segmentos ligados à saúde e de sua aprovação na X Conferência Nacional de Saúde, tal proposta não foi aprovada pela Câmara Federal.

Adib Jatene como Ministro da Saúde, buscou estabelecer aliança com o movimento organizado da saúde. Entretanto, tal aliança vai se enfraquecendo diante da postura do então ministro, que vai cedendo espaço na saúde para o projeto político hegemônico do governo. Tal postura, se expressa no lançamento da NOB 01/96, que significou uma estratégia de implementação da “reforma” do Estado. Esta NOB visa consolidar o poder público como gestor do SUS, ampliando a responsabilidade dos municípios. Ela estabelece novos níveis de gestão: a Plena de Atendimento Básico e Plena do Sistema.

Em setembro de 1996, ocorreu a X Conferência Nacional de Saúde, tendo como temática central “Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”. Convidado para participar da abertura e das mesas redondas, o Governo Federal não compareceu. Esteve apenas o Ministro Adib Jatene.

Segundo Bravo (1996), esta Conferência foi um misto de Conferência e Congresso, cujas mesas muito extensas não possibilitaram o debate com a plenária. Porém seu saldo positivo foi a reafirmação dos pressupostos do SUS e do debate acerca da Reforma Sanitária, enfatizando a relação entre os diversos setores sociais e a necessidade da realização de reformas sociais que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população.

Em outubro do mesmo ano, ignorando as deliberações da X Conferência Nacional de Saúde, o Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), através de uma Medida Provisória, propôs a transformação dos serviços públicos de saúde em Organizações Sociais. Em protesto a tentativa de reformar o Serviço Público através de Medida Provisória, é formado o “Movimento em Defesa da Saúde e Plena Implementação do SUS”, composto por profissionais de saúde, parlamentares e usuários. Em dezembro do mesmo ano é organizado um dia de luta em Brasília que incluiu uma audiência pública no Congresso, com representantes do MARE, e uma audiência dos participantes do movimento com o MARE e a Procuradoria Geral da República, onde foi tomada providências para que a Constituição e as Leis da Saúde fossem respeitadas. Tais atos, levaram o Governo Federal a recuar na implementação da Medida Provisória, através da promessa do envio do assunto das Organizações Sociais ao Congresso, na forma de Projeto de Lei. Entretanto, apesar das pressões dos vários segmentos da sociedade acerca da inconstitucionalidade do Projeto, no dia 23 de janeiro de 1997, a Assembléia Legislativa do Estado da Bahia, aprova o Projeto de Organizações Sociais.

No dia 24 de janeiro de 1997, foi realizado na Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, um ato público organizado pelo “Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública e Plena Implementação do SUS”, com a participação de vários parlamentares envolvidos na luta em defesa da Saúde Pública, prefeitos, ex-prefeitos, Secretários de Saúde, profissionais de saúde e usuários, das mais diversas localidades do país. O objetivo era manifestar indignação diante a atitude autoritária do Governo de Fernando Henrique Cardoso, no tratamento da questão das Organizações Sociais.

As Organizações Sociais, enquanto sociedades de direitos privados constituídas na forma de fundação ou sociedade civil sem fins lucrativos, passariam a gerir os bens e serviços públicos de saúde. Seu objetivo seria a publicização dos serviços, aqui entendidos conforme já vimos, como a transferência de atividades das entidades públicas para as Organizações Sociais; a garantia da autonomia financeira e administrativa dessas Organizações Sociais; e redefinição do estilo de atuação do Estado nas funções sociais através da adoção de modelos gerenciais flexíveis, a autonomia de gestão e o controle por resultados.

Os recursos financeiros das Organizações Sociais, segundo o documento, seriam obtidos através: das dotações orçamentárias destinadas pelo Poder Público, por meio de um Contrato de Gestão; subvenções sociais transferidas pelo Poder Público; de receitas

oriundas do exercício de suas atividades; doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras; dos rendimentos de aplicações de seus ativos financeiros e outros referentes ao patrimônio sob a sua administração; e através de outros recursos que lhes fossem destinados (Andrade & Rechtman; 1997).

Na proposta de organizações sociais, o controle social é apresentado como uma das suas principais características. Tal controle seria exercido pelo Conselho de Administração da Organização Social que deve contar obrigatoriamente com representantes de entidades da sociedade civil com personalidade de notória capacidade e idoneidade, além de representantes do Estado e associados da própria Organização Social. Tal conselho, também chamado de Conselho Curador, tem função normativa superior em nível de planejamento estratégico, coordenação, controle globais e fixação de diretrizes fundamentais de funcionamento da entidade. Segundo a lei, o mandato dos conselheiros é de quatro anos, sendo que o primeiro mandato deverá ser de dois anos. A presidência deste será exercida por eleição dos seus membros, devendo se reunir ordinariamente pelo menos três vezes por ano (*idem*).

A composição do Conselho de Administração ou Curador obedece a seguinte composição: 20% a 40% por membros natos e representantes do Poder Público, definidos pelo estatuto da entidade; 20% a 30% são indicados por entidades representativas da sociedade civil e também por membros natos, definidos pelo estatuto; 10% a 30%, eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de “notória capacidade profissional” e “reconhecida idoneidade profissional”; por até 10%, eleitos conforme estabelecido no estatuto; e, até 10%, eleitos, no caso de associação civil, dentre os membros ou os associados (Bravo e Costa, 2001).

Conforme se pode observar, na proposta de controle social apresentada a participação da sociedade civil é circunscrita aos Conselhos Administrativos ou Curadores das organizações sociais, em nível de execução, cuja composição não adota o critério da paridade entre gestores e usuários. Ao contrário, favorece o poder da burocracia estatal e dos grupos privados, ao condicionar a qualificação de uma entidade enquanto organização social apenas por um ato do Poder Executivo, permitindo que esse processo esteja sujeito à corrupção. Além disso, utiliza o critério meritocrático para a participação no Conselho de Administração, ao recomendar o critério de “*notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral*” (Silva, 2003).

Nesse contexto, a proposta de participação reaparece no discurso como uma alternativa de resgate da sociedade civil, em relação de co-responsabilidade e de divisão

de tarefas com o Estado para resolução das crises econômica e social, distanciando-se da concepção gestada durante a década de 80.

Embora o governo defenda que o projeto de “reforma” do Estado tem como inovação a democracia direta, ele na verdade privilegia, por um lado, o mercado como principal mecanismo de controle, e, por outro, os políticos eleitos e a administração gerencial como instâncias do controle social (idem).

Para Barreto (1999), o projeto de organizações sociais apresenta-se como um desafio da “reforma”, visto que ele muda a natureza da relação do Estado com a área social, podendo se constituir tanto numa revolução gerencial ou como num fracasso, dependendo da forma pela qual for conduzida. Esta solução é resultado da constatação da ineficiência do Estado na intervenção social, que o fez decidir pela sua transferência para o setor privado, mas segundo a autora, sem uma definição clara dos objetivos pretendidos para alcançar esta nova moldura jurídica e institucional. Assim, aponta tensões e limites que devem ser considerados na análise dessa proposta, que podem implicar na perda de eficácia do novo modelo, o que não deixaria nada a dever às falhas do Estado.

De acordo com Barreto (idem:129), o contrato de gestão não garante o cumprimento, pelo Estado, dos compromissos assumidos quanto aos aportes dos recursos necessários à sobrevivência das organizações sociais. Não existe qualquer instrumento jurídico ou institucional que garanta esse compromisso, ficando a recém-criada organização social à mercê da vontade de um governo, carecendo de uma base mais sólida de sustentação política e institucional. Isso coloca em questão a legitimidade das políticas sociais como responsabilidade do Estado e a criação de mecanismos jurídico-institucionais que garantam tal compromisso. Assim, aponta para a vulnerabilidade dessas novas organizações aos grupos de interesse, bem como o poder discricionário de Estado, o que poderia levar a uma maior privatização do Estado, afastando as organizações sociais dos seus objetivos essencialmente públicos.

“Na medida em que os recursos advindos do setor privado são enjetados nessas entidades, abre-se uma brecha para a ingerência dos interesses privados sobre a prestação dos serviços. Essa possibilidade é inclusive agravada pela perspectiva de redução dos recursos estatais, na proporção em que aumenta a participação do capital privado no financiamento das organizações.” (ibdem:133).

Para conter essa possibilidade, a participação e controle social passam a ser elementos críticos. Barreto (op.cit) questiona a ausência de mecanismo de participação

da sociedade civil nas instâncias do núcleo estratégico do governo - sem fazer qualquer referência aos conselhos previstos em lei federal - responsáveis pela formulação de políticas públicas e a separação entre formulação e execução, esta última cabendo à organização social. Desse modo, caberia ao conselho deliberativo da organização social, apenas decisões na órbita da execução das políticas. Portanto, considera que a discussão da participação social demanda aperfeiçoamento institucional. Além disso, a autora demonstra preocupação com a fragmentação das políticas públicas, concluindo que se pode ganhar eficiência no plano micro, mas pode perder abrangência e melhoria de resultados globais na ação social, pela ausência de efetiva coordenação e articulação dessas ações. Na dimensão gerencial, pode apresentar ganho de autonomia, mas que só se traduzirá em melhoria dos serviços se for acompanhada de competência gerencial. Indica que essas entidades não apresentam recursos técnicos e administrativos necessários para promover a mudança cultural e gerencial requerida. Desse modo, a autonomia não garante os avanços de qualidade e produtividade esperados.

O quarto momento, compreende o período em que é apresentado, pela primeira vez, uma contra-proposta ao SUS constitucional, de forma oficial e sistematizada. Abrange a gestão interina de José Carlos Seixas (01/01/95 à 06/11/96), Carlos César Albuquerque (13/12/96 à 31/03/98) e de José Serra (31/03/98 à 01/01/2003).

Em 1997, ano decretado oficialmente como o ano da saúde no Brasil, foi divulgado pelo então, Ministro da Saúde, Carlos César de Albuquerque, o documento “Ações e Metas Prioritárias para a Saúde”. Neste documento foram definidas como ações e metas prioritárias para a saúde a prevenção com ênfase no atendimento básico, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e a constituição de um mutirão para a saúde. Segundo avaliação de Bravo (1997), este documento, além de não fazer e de não propor qualquer articulação dos programas de atenção básica à saúde que integram a rede, não faz qualquer referência à X Conferência Nacional de Saúde, não articula a discussão de recursos humanos com a política de pessoal. Além disso, retorna a dicotomia entre Saúde Pública e Saúde curativa (serviços básicos e hospitalares, respectivamente), aponta para a terceirização dos serviços (Contrato de Gestão), e utiliza termos e propostas dos adeptos do Projeto de Reforma Sanitária com outro conteúdo, como: publicização, financiamento, participação social/Conselhos de Saúde e descentralização.

Em 1998, o Ministro da Saúde Carlos César Albuquerque é substituído pelo economista José Serra. Sua entrada coincide com um surto endêmico de dengue

vivenciado por diversos estados brasileiros, sendo o seu combate a primeira ação do ministério. Nesta perspectiva, o novo ministério amplia a frota dos “carros-fumacê” e prorroga o contrato de trabalho de 6000 funcionários da Fundação Nacional de Saúde (FNS), que estavam prestes a serem demitidos.

No segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, iniciado em 1999, o Ministro José Serra é considerado como um dos seus principais protagonistas, buscando garantir no setor saúde o projeto privatista, marcado pelo investimento na regulamentação dos Planos de Saúde privados e pela normatização dos medicamentos genéricos. Com a nomeação de José Serra, as funções de regulamentação que eram de responsabilidade da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), vinculada ao Ministério da Fazenda passa para o Ministério da Saúde, tornando-a um setor combativo capaz de enfrentar a poderosa indústria farmacêutica internacional, adquirindo o apoio da mídia e da opinião pública. (Bravo e Matos, 2001). Tal fato se expressa na luta pela quebra das patentes de diversos medicamentos, principalmente, dos antivirais utilizados no combate à AIDS, possibilitada pela criação de medicamentos similares aos importados, produzidos pelo laboratório brasileiro Farmanguinhos, uma unidade de pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), barateando o custo do Programa Nacional de Combate à AIDS, no que se refere ao tratamento da patologia. Entretanto, o objetivo inicial do Ministério não era a quebra de patentes, mas renegociar o barateamento dos preços com os laboratórios internacionais liderados pela multinacionais, a americana Merck e a suíça Roche. Diante da publicização dos resultados da pesquisas da Farmanguinhos e a pressão dos movimentos organizados de combate à AIDS, o Ministério da Saúde vê-se obrigado a iniciar uma briga pela quebra das patentes. (Souza, 2001:72).

Em relação a regulamentação dos planos e seguros privados de saúde, Bahia, Santos e Gama (apud Bravo e Matos, 2001), apontam que sua agenda teve dois momentos: o primeiro, no início da década de 90, onde o debate fica restrito aos meios de divulgação especializados, que enfatizavam duas questões: a elaboração de regras para as operadoras e a sua abertura para o capital estrangeiro; o segundo, que ocorre em meados da década de 90, amplia a agenda adquirindo espaço na mídia. Nesse momento, as entidades médicas e de defesa do consumidor assinam as reivindicações de ampliação de cobertura e controle de preços.

Segundo os referidos autores, a principal motivação do debate era criar as possibilidades para a entrada do capital internacional. Entretanto, deveriam ser

superados alguns impasses, como: o aumento de empresas de pequeno porte que comercializam planos com coberturas restritas e preços inferiores às de maior porte, bem como as práticas de monopólio de algumas cooperativas médicas. Tais impasses seriam superados através do “estabelecimento de regras econômico-financeiras que controlassem a entrada de planos e seguros de saúde no mercado, bem como neutralizariam a ação corporativa dos médicos.” (Idem).

Ainda em 1998, é apresentado o documento do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), nº 13, que principalmente no artigo de Bresser Pereira, mostra as bases da contra-reforma para o setor saúde, dirigida à assistência ambulatorial e hospitalar. Na introdução do documento, é colocado que a reforma da saúde proposta baseia-se no modelo inglês. Neste documento, são propostas três estratégias para a saúde: uma descentralização mais rápida e decisiva, havendo maior definição de atribuições e do poder de decisão dos três níveis de governos, com a manutenção dos estágios atuais: “centralizado”, “descentralização incipiente”, “descentralização parcial” e “descentralização semiplena”; a estruturação de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, composto por dois subsistemas: o primeiro denominado de subsistema de entrada e controle, tendo como porta de entrada os postos de saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF), que seriam responsáveis pela integralidade das ações através do encaminhamento dos casos de maior complexidade e de especialização para a rede ambulatorial e hospitalar, via Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que passaria a ser distribuída pelo número de habitantes e não mais por número de leitos. O segundo subsistema denominado de referência ambulatorial e especializada seria composto pelas unidades de maior complexidade e especialização na rede ambulatorial e por hospitais credenciados (estatais – futuramente transformados em Organizações Sociais – públicos não-estatais e privados). As unidades de emergência seriam as únicas a terem atendimento direto; posteriormente, o usuário deverá ser encaminhado ao distrito sanitário da sua área; estruturação de um sistema de informações em saúde, gerenciado pelo SUS, através do DATASUS, que seria responsável pelo controle de despesas, avaliar a qualidade, gerar indicadores para a vigilância epidemiológica e medir os resultados obtidos. Tais dados devem estar disponibilizados em rede, possibilitando, desse modo, o controle da execução dos recursos.

Também em 1998, são criadas através do Plano Diretor da Reforma do Estado a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância

Sanitária (ANVISA), instituições dotadas de autonomia orçamentária e decisória, expressando o poder do Ministério da Saúde em ditar parâmetros para a atuação dos agentes privados, que se traduz na ampliação das ações do Ministério da Saúde da esfera pública para o mercado. (Bravo e Matos, 2001).

Em dezembro de 2000, acontece a XI Conferência Nacional de Saúde que teve como tema “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Tal Conferência, devido a correlação de forças presente no Conselho Nacional de Saúde, não contou com a ampla participação da sociedade visto só terem participado dela os delegados.

Em 2001, é implantada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), com o objetivo de estabelecer novas diretrizes para a regionalização da saúde. O detalhamento das propostas contidas nessa Norma será realizada no próximo capítulo deste trabalho, onde será discutido o processo de descentralização na saúde.

1.3. Breves Considerações sobre o primeiro ano do Governo Lula

Em outubro de 2002, é eleito Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), com 62% dos votos contra 38% de seu adversário, José Serra, candidato de FHC e preferencial das elites. Vitória inédita visto ser um representante da esquerda, ex-líder sindical, líder do Partido dos Trabalhadores (PT).

A vitória de Lula representou a insatisfação dos setores populares, dos setores de classe média e de uma parte do empresariado produtivo do nosso país com o modelo econômico neoliberal, que ocasionou alta taxa de desemprego, aumento do trabalho precário, rebaixamento do poder aquisitivo e do baixo crescimento, conforme demonstrou em dados o trabalho de Lesbaupin e Mineiro (2002). Portanto, foi um voto pela mudança. Sua vitória deveu-se ao fato do PT ter se posicionado ao longo da era FHC, conforme palavras de Netto (2004:10), *“como o núcleo duro da resistência à orientação macroeconômica implementada sob o comando do capital parasitário-financeiro”*, visto como o alvo central a visar na defesa dos interesses democráticos e populares, bem como foi favorecido pelas experiências governativas respeitadas do partido, principalmente as municipais, assim como o crédito de que o partido gozava em respeito ao zelo com que tratava o patrimônio público.

De acordo com Braz (2004:50-51), o projeto pelo qual Lula foi eleito, expressava uma ampla articulação de classes que pressupunha determinada coalização entre setores da classe trabalhadora e os setores do capital produtivo no país. Desse modo, o projeto

não representava em sua origem e em sua totalidade os interesses hegemônicos das classes dominantes no Brasil, identificadas nas velhas e novas oligarquias rurais, tanto o latifúndio produtivo quanto o improdutivo, e na grande burguesia nacional associada ao capital internacional, seja ele na sua forma industrial, bancário e financeiro. Tal conquista política representava uma recusa, conforme já citado, ao projeto neoliberal, que foi possível por meio de alianças políticas relativamente amplas, que aglutinavam forças políticas das mais distintas: dos comunistas do PC do B aos liberais do PL, além de amplos setores da sociedade civil organizada (movimento sindical, movimento camponês, movimentos populares, ONGs entre outros).

Assim, de acordo com Netto em artigo publicado no Jornal do Brasil em 2003, o que caracterizaria o governo Lula, em sua essência, seria a convivência de duas almas num mesmo governo, e que ambas seriam mudancistas: uma visava a continuidade do governo FHC, através do aprofundamento das suas feições; e a outra, progressista que buscava “dar início ao árduo trabalho de superação de suas pesadas hipotecas”. A presença de tais almas, a conservadora e a progressista, seriam assim resultantes, da própria natureza do governo eleito em outubro de 2002, que buscou articulações para além da esquerda com vistas a vitória eleitoral. Exatamente por esse amplo espectro político expresso na aliança construída, que Coutinho (2003) sugeriu que o governo que se iniciava viveria um “estrito fio da navalha”, onde não caberiam esquerdismos, radicalismo e principismo, desconsiderando a situação sob o qual o partido chega ao poder.

Passadas as eleições e a forte emoção da posse de Lula, o que se viu portanto, foi uma conjuntura que assinala para a hegemonia no governo da sua “alma” conservadora, que não deseja apenas dar continuidade a era FHC, mas o aprofundamento daquela orientação. Assim, com a decisão de manter e aprofundar a orientação macroeconômica da era FHC, o PT abdicou do exercício de um governo pautado na mudança do Brasil numa direção democrático-popular. No exercício da Presidência da República, Lula não alterou a não ser para uma maior abrangência o comando do capital parasitário-financeiro que mantém-se firme e incontestada no comando do centro político decisório. Assim, conforme Netto (2004:13), experimenta-se uma nova conjuntura na medida em que o governo Lula assume a prática “neoliberal” que combateu frontalmente na era FHC e que lhe garantiu a vitória, o que se pode comprovar nas relações estabelecidas com o FMI e na condução da contra-reforma do Estado. Considerando, que na medida em que assumiu o governo, deixou de existir qualquer oposição parlamentar e

institucional, aquela prática se aprofunda e se torna mais destrutiva. Nas relações com o FMI, o governo capitaneado pelo PT excede as exigências daquela agência, o que pode ser exemplificado com o crescimento do percentual do superávit primário; e em relação a contra-reforma, o prosseguimento da reforma da previdência que “chegou a um limite a que não se alçou o governo FHC”, e aquelas cuja magnitude das alterações ainda não vieram à tona como a reforma nas legislações trabalhista e sindical, mas que tudo indica seguirá rigorosamente o “espírito” ideológico que inspirou o consenso de Washington. (idem).

De acordo com Mota (2004), são tendências da seguridade social no atual governo: a regressão das políticas redistributivas de natureza pública e constitutiva de direitos, em prol de políticas compensatórias de combate a pobreza e de caráter seletivo e temporário; privatização e mercantilização dos serviços sociais, com a consolidação do cidadão-consumidor, que é condição e premissa da existência de serviços de proteção social básica para o cidadão-pobre e ampliação de programas sociais de exceção focalizados no cidadão-miserável, com renda abaixo da linha da pobreza; emergência de novos protagonistas, tais como as empresas socialmente responsáveis, o voluntariado, ações em rede, empoderamento, e empreendedorismo social que amparam a redefinição da intervenção do Estado, agora atrelado à sua capacidade de participação, modernamente chamada de protagonismo da sociedade civil; despolitização das desigualdades sociais de classe diante da definição dos chamados processos de exclusão, cuja conotação temporal e transitória coloca a possibilidade de estratégias de inclusão e de acesso aos bens civilizatórios e materiais, permitindo que o real e o possível se transformem em “ideal”; impedindo assim, a construção de projetos societais. Busca-se a consolidação de uma reconceitualização da sociedade a partir de categorias despolitizadas do real, conceitualizando a sociedade como reunião de comunidades e famílias, marcadas por situações singulares e localizadas; uma nova modalidade de incorporação das necessidades do trabalho à nova ordem do capital, através de medidas pontuais e de duvidosa eficácia contra o desemprego, a geração de renda e a formação de mão de obra, esvaziando o debate sobre a precarização do trabalho e a própria proteção pública. Tal modalidade, é composta por um conjunto de programas dirigidos à qualificação profissional e para geração de renda, que transitam entre o neosolidarismo, o financiamento de pequenos negócios e o agenciamento de empregos. Tais programas apresentam-se, na perspectiva prático-operativo, como uma modalidade de atendimento às necessidades imediatas dos trabalhadores em substituição

a outras medidas de proteção social, como o caso do seguro desemprego ou mesmo do leque de direitos e garantias sociais e trabalhistas que caracterizam o chamado trabalho protegido.

No que se refere a política setorial da saúde, Bravo e Matos (2004), identificam aspectos positivos e negativos presentes no atual governo. Como aspecto positivo, ressaltam o retorno da concepção de Reforma Sanitária; alterações na estrutura organizacional do Ministério da Saúde; a ocupação nos cargos de segundo escalão de profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde; e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. Em relação aos aspectos negativos, os autores ressaltam a não referência à concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição Federal de 1988, mencionada apenas no Programa de Governo; a não implementação do Conselho de Seguridade Social; a continuidade e ampliação de contratação de agentes comunitários, bem como de outras categorias (auxiliar e técnico de saneamento, agentes de vigilância sanitária, agentes de saúde mental); aumento de verba insignificante, 22 bilhões para 29 bilhões, seguido de corte; e a falta de articulação com as Políticas de Assistência Social e Previdência Social.

Desse modo, os autores acabam por considerar que na atualidade mantém-se a disputa entre os dois projetos sanitários: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista; e que o atual governo ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, que caracterizam o segundo projeto.

1.4. Algumas Reflexões

Na década de 90 e início do século XXI, as propostas de contra-reforma para o setor saúde, vem se dando através da negação do papel do Estado como intermediador na esfera do consumo coletivo; a mercantilização através do sistema privado de saúde; a afirmação da universalidade mediada pelo mercado através da expulsão dos assalariados da grande empresa para o mercado de serviços privados, o que destrói o poder coletivo de barganha dos trabalhadores; a ampliação do consumo individual em contraposição ao

consumo coletivo, através da diferenciação de normas de consumo interclasse; a fragmentação da vontade coletiva pela vontade corporativa.

Nesse contexto, o cidadão passa a ser dicotomizado em: cliente e consumidor. O cliente é objeto das políticas públicas, oferecido através de um pacote mínimo para a saúde previsto pelo Banco Mundial. Já o Cidadão consumidor, tem acesso aos serviços de saúde via mercado. (Bravo e Matos, 2001).

A criação da vontade corporativa aglutina interesses particulares e imediatos dos trabalhadores, em função da sua inserção numa mesma comunidade. Seu efeito é a desqualificação dos movimentos político-organizativos, formadores de uma vontade coletiva nacional-popular das classes trabalhadoras.

Desse modo, o sistema de seguridade social brasileiro é caracterizado pelo que Vianna (2000) chama de “americanização perversa”, marcado por duas questões: por um lado, o lobismo, que se configura como um modelo de articulação de interesses que acentua a exclusão e as diferenças sociais; por outro, pela residualidade da proteção social, que implicou na redução do sistema público aos pobres, cidadão-pobre, configurando na saúde o que em outra oportunidade chamamos de universalização excludente.

Capítulo 2:

A DESCENTRALIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE

O objetivo deste capítulo, é realizar uma análise de como vem se desenvolvendo o processo de descentralização no Brasil na década de 90, a partir do embate na arena sanitária dos dois projetos hoje em disputa: o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista ou neoliberal da saúde.

O projeto de reforma sanitária construído em contraposição ao modelo de saúde vigente durante o período da ditadura militar, portava um modelo de democracia assentado nas idéias de igualdade, de garantia da saúde enquanto um direito individual e na constituição de um poder local fortalecido pela gestão social democrática. (Fleury, 1997:33).

O Sistema Único de Saúde (SUS) ao abarcar a premissa da igualdade, têm como princípios fundamentais a universalidade do atendimento e a equidade nas ações. Quanto a universalidade, esta significa que todas as pessoas têm direito ao atendimento à saúde em todos os seus níveis de complexidade, tendo garantida a gratuidade e a qualidade dos serviços prestados. Por outro lado, a equidade

“significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população a ser coberta (....)deve tratar desigualmente os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, procurando reduzir a desigualdade.” (Barros, 1998:33).

Em relação ao fortalecimento do poder local com participação social, a tônica da discussão em torno de uma reforma sanitária, propiciada pelo agravamento da crise financeira da previdência social em 1981, coloca a descentralização junto a outros princípios reformistas, como consubstancial à reestruturação da oferta de serviços de saúde, redefinindo a distribuição do papel a ser desempenhado por cada esfera de governo. Tal debate vem em contraposição ao modelo centralizado de gestão, característico das relações intergovernamentais durante a ditadura militar. Neste período, as políticas sociais eram marcadas por uma centralização político financeira no nível federal das ações sociais do governo; pela fragmentação institucional; pela exclusão da participação social e política da população nos processos decisórios; pelo autofinanciamento do investimento social; e, pela privatização. (Soares, 2001:209). Nesta perspectiva, os Estados e municípios eram compreendidos, segundo Arretche, como *“agentes da expansão do Estado e da execução local de políticas centralmente formuladas”*. (2000:46).

Contrário ao modelo centralizado de gestão, o movimento de reforma sanitária defende a descentralização enquanto transferência de funções político-administrativas da esfera central para a municipal, por acreditar que a municipalização da saúde levaria a um fortalecimento do poder local, um maior controle sobre a administração pública de

nível local, a uma viabilização da conversão das demandas sociais em programas e serviços, à democratização do Estado, e à eficácia das políticas públicas.

A discussão acerca da descentralização tinha como pano de fundo um consenso existente sobre o termo, onde se supunha que, por definição, as formas descentralizadoras de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e que, além disso, levariam ao fortalecimento e consolidação da democracia. Dessa forma,

“passou-se a associar centralização a práticas não democráticas de decisão, à ausência de transparência das decisões, à impossibilidade de controle sobre as ações de governo e ineficácia das políticas públicas. As expectativas postas sobre a descentralização e a visão negativa das formas centralizadas de gestão implicariam, como consequência, a necessária redução do escopo de atuação das instâncias centrais de governo”.(Arretche, 1997:128).

Arretche (idem) faz uma crítica a este consenso que se criou acerca da descentralização, onde esta última é associada a democracia, e a centralização a Estados e sistemas políticos menos democráticos. Ela argumenta *“que a concretização dos ideais democráticos depende menos da escala ou nível de governo encarregado da gestão das políticas e mais da natureza das instituições que, em cada nível de governo, devem processar as decisões”*.

Assim, a partir da década de 80, em contraposição ao padrão centralizado de gestão, é retomada a base do Estado federativo e da descentralização, num contexto de esgotamento do padrão de desenvolvimento e de desgaste do modelo político autoritário. Nesse período, o processo de democratização da sociedade vai impulsionar os debates sobre federalismo e descentralização das políticas sociais.

De acordo com Almeida (1995:89), o federalismo é um sistema baseado na distribuição territorial de poder e autoridade entre instâncias de governo. É definido e assegurado pela Constituição Federal de 1988, garantindo autonomia aos governos nacionais e subnacionais em sua esfera própria de ação. É característico do federalismo a não-centralização, ou seja, a difusão dos poderes de governo entre muitos centros, nos quais a autoridade não decorre da delegação de um poder central, mas é conferida através do sufrágio universal.

Os tipos de arranjos federativos se distinguem de acordo com as relações entre as esferas de governo, desse modo têm-se: o federalismo dual, onde *“os poderes do governo geral e do Estado, ainda que existam e sejam exercidos nos mesmos limites territoriais, constituem soberanias distintas e separadas, que atuam de forma separada*

e independente, nas esferas que lhes são próprias” (Acir apud Almeida, ibdem); o Federalismo centralizado, onde os governos estaduais e locais são transformados em agentes administrativos do governo federal, que mantém a primazia decisória e de recursos; e o federalismo cooperativo, caracterizado por formas de ação conjunta entre as instâncias de poder, garantindo a autonomia decisória e a capacidade própria de financiamento das unidades subnacionais.

Conforme Soares (2004:1), o federalismo é recorrente na história brasileira, principalmente em períodos de crise política e de retração da atividade econômica com queda da receita pública. Tal debate vem acompanhado pela alternância de movimentos de centralização e descentralização, sendo marcado pelas características estruturais do Estado brasileiro que deram origem a um federalismo incompleto. Tal processo se expressa nas relações políticas e financeiras entre as instâncias de poder, marcadas por conflitos, que sempre acabam por frustrar as expectativas da maioria da população por conquistas sociais e as dos governos locais na busca de autonomia e recursos.

A descentralização é o princípio estratégico sob o qual é definido o novo pacto federativo, inscrito na Constituição Federal de 1988, em que os municípios passam a ser reconhecidos como entes autônomos federativos e lhes são atribuídas maiores competências e recursos públicos capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas.

De acordo com Soares (ibdem:2), o discurso descentralizador que caracterizou o debate em torno da Constituinte de 1988,

“condensava um forte sentimento retroativo à centralização autoritária e dava curso a inúmeras demandas por mais recursos por parte das esferas de governo sub-nacionais em precária situação financeira e incapazes de responder aos crescentes problemas sociais decorrentes do processo de urbanização e da crise econômica. Era acolhido por praticamente todas as forças do universo político e, por seu grau de abrangência, dava conta das reivindicações dos defensores da recuperação financeira dos Estados e Municípios como das demandas por maior participação política dos setores excluídos do processo decisório durante o período autoritário.”

Em paralelo a deliberações constitucionais, já vinha se conformando a implantação de um sistema descentralizado e unificado de saúde sob o impacto da redemocratização, da recuperação das bases federativas do Estado brasileiro e das novas forças políticas emergentes. Desde meados da década de 80, que no governo federal se

processava a elaboração de regras que definiram o modo pelos quais Estados e municípios viriam a desempenhar suas novas funções.

Em 1987, com a consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que incorporou os princípios postulados pela Reforma Sanitária, como a descentralização político-administrativo, a universalização e integralidade, a regionalização e hierarquização da atenção, a democratização da gestão e uma política integrada de recursos humanos. Segundo Arretche (2000), é neste momento que a descentralização vai tomar um impulso efetivo. Com o SUDS, os Estados através da via convencional passaram a incorporar a gestão dos convênios e dos pagamentos dos serviços da rede conveniada, a rede própria de atendimento do INAMPS, os funcionários do INAMPS são incorporados nos quadros do serviço estadual. Também, através do SUDS, as secretarias estaduais de saúde se comprometiam a gerir a unificação das unidades da rede pública e a promover uma reforma administrativa, como forma de tornar possível a realização das suas novas funções.

Nesse contexto, houve um reforço da função dos Estados na gestão dos sistemas, passando as Secretarias Estaduais de Saúde a gerir a rede própria do INAMPS e parte da rede privada conveniada, sendo retirada do INAMPS parte considerável dos recursos organizacionais que favoreciam a centralização do poder decisório por este órgão. Também, o processo de municipalização através do estabelecimento de convênios e repasses era realizado via Estados.

O processo de estadualização que vinha se conformando durante o início do governo Sarney, favorecido pela correlação política favorável à implementação das reformas, foi sensivelmente reduzido com o giro conservador do governo em finais da década de 80 que levou a saída de dirigentes do movimento sanitário que participavam do segundo escalão das diversas instituições assumindo em seus lugares a fração mais conservadora da arena sanitária.

A partir da década de 90, conforme vimos no capítulo anterior, é inaugurado um novo contexto político, marcado pelo que estamos chamando de contra-reforma do Estado, sob a orientação da ideologia neoliberal. Nesse contexto, adquire hegemonia na arena sanitária o projeto privatista ou neoliberal que recoloca a questão da descentralização em outras bases.

De acordo com o projeto neoliberal ou privatista da saúde, a descentralização é vista como uma estratégia de redução dos gastos públicos, de desresponsabilização do

governo federal, gerando a focalização das demandas do setor público nas classes mais pauperizadas da população, contrapondo-se ao princípio da universalização dos direitos sociais. Ao fazer isso, acaba por possibilitar o processo de universalização excludente. Assim, os processos de descentralização no contexto neoliberal vêm sendo associados a processos de privatização dos serviços públicos e, segundo Soares (2004:3) têm trazido graves conseqüências no que se refere a pulverização de recursos, da fragmentação das ações, do aumento das desigualdades regionais e na diminuição da resolutividade e eficácia das ações públicas considerado o agravamento e o aprofundamento da complexidade da questão social.

Segundo Soares (2000:82-83), a privatização e a focalização são faces da mesma moeda, que leva a um processo de descentralização destrutiva, onde por lado ocorre um desmonte das políticas sociais existentes— sobretudo às de âmbito nacional – sem pôr nada no lugar e, por outro lado, é repassada a total responsabilização aos municípios da implementação das políticas sociais, sem sobretudo, repassar os recursos financeiros correspondentes e/ou necessários. Tal fato, tem como resultado uma iniquidade na distribuição e oferta de serviços.

Essa descentralização destrutiva faz como que o processo de municipalização da saúde defendido pelo movimento de reforma sanitária e inscrito no Constituição Federal de 1988, acabe por se dar sobre a forma de prefeiturização que, segundo Mendes (1994:16), significa “*a apropriação do mando único por grupos de interesses incrustados no poder municipal.*”, ou seja, o processo de municipalização ao invés de possibilitar a participação social, acaba por provocar um reforço dos esquemas tradicionais de poder das elites locais brasileiras, como o “caciquismo” e o “coronelismo”. Veremos na segunda parte deste estudo, como tais esquemas tradicionais se realizam em Duque de Caxias e como eles incidem na organização dos conselhos gestores de unidade.

De acordo com Soares (2004:3), o processo de descentralização tal como vem se conformando, apresenta os seguintes problemas: a descentralização dos encargos não vem acompanhada da descentralização de recursos em quantidade e qualidade equivalentes, tendo fluxos irregulares, desrespeito às reais necessidades e à heterogeneidade da capacidade de intervenção das Prefeituras e órgãos municipais; tal descentralização provoca o desmonte das estruturas e equipamentos sociais federais e /ou estaduais pré-existentes, sem que as prefeituras sejam capazes de mantê-los ou

substituí-los por algo equivalente; o processo de descentralização desconsidera a complexidade dos problemas sociais em determinadas regiões cuja dimensão é supra-municipal e exige uma intervenção regional que seja articuladora e integradora; o processo de descentralização entendido apenas como “municipalização” têm aumentado as desigualdades regionais, na medida em que provoca a fragmentação das ações e a diminuição da sua efetividade; nesse processo de descentralização/municipalização, os estados são praticamente ignorados enquanto agentes responsáveis pela implementação de políticas regionais, sendo seu papel limitado, que é muitas vezes formal, a de coordenadores e de meros repassadores de recursos. Tal fato tem provocado um profundo desequilíbrio, tirando dos estados enquanto entes federativos de maior porte, as possibilidades (financeiras, técnicas e políticas) de planejar e coordenar os programas sociais de forma regional e mais eqüitativa.

Assim, a autora entende que o resgate das dimensões regional e nacional como instâncias de integração territorial e inter-setorial das políticas econômicas e sociais adquire centralidade nas ações dos governos estaduais e nacional. Trata-se do fortalecimento da formulação de políticas regionais e nacionais integradoras capazes de superar a pulverização e a fragmentação da ação pública. Coloca que apesar do reconhecimento da importância de inovações introduzidas pelos níveis locais de governo na implementação descentralizada e participativa de programas sociais, embora casos isolados consigam alguma sinergia, tais experiências localizadas não têm escala para substituir o governo federal e estadual naquilo que considera que é o principal objetivo da política social: *“garantir uma dimensão de igualdade no enorme espaço de desigualdades sociais em todo o território nacional.”*

2.1. Algumas considerações sobre o financiamento da Seguridade Social na década de 90

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu um pacto federativo cooperativo, em que o município é definido como responsável pela gestão de serviços e ações de saúde, mas também prevê a cooperação técnica e financeira das demais instâncias governamentais.

Na Constituição é criada uma seção (Título VI – Art. 145-169), sobre tributação e orçamento, onde é descrita as bases da construção do sistema tributário e a legislação sobre os orçamentos para todas as esferas de governo, sejam da administração direta ou indireta. Dentre as principais inovações dessa seção, destacam-se: a exigência de gastos regionais, objetivando a redução das desigualdades inter-regionais; e a exigência de apresentação pelo executivo das três esferas de governo, de três importantes instrumentos orçamentários, que são: o Plano Plurianual (PPA), cuja duração é de quatro anos e deve conter as diretrizes, os objetivos e as metas para as despesas governamentais do período; a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que tem duração de um ano, e estabelece com base no PPA, as metas e prioridades anuais; e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que deve expressar em termos financeiros as metas definidas no PPA e priorizadas na LDO para o referido ano.

Em relação as transferências de recursos para os municípios, a Constituição prevê: 22,5% do imposto da União sobre a renda e provendos de qualquer natureza; 22,5% do imposto da União sobre produtos industrializados, que constituem o Fundo de Participação dos Municípios (FPM); 25% do imposto do Estado sobre as operações referentes à circulação de mercadorias e serviços (ICMS); 50% do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores (IPVA); 50% do imposto da União sobre a propriedade territorial rural (ITR); e 70% do imposto da União sobre operações de crédito, câmbio, seguro, ou referentes a títulos ou valores imobiliários, incidentes sobre o ouro (IOF-ouro). Além disso, os municípios contam com as receitas próprias, que são constituídas por: Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU); Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS); Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis – Intervivos (ITBI); e Taxas, Contribuição de Melhoria. Segundo Lesbaupin (2000:48), tal receita tributária própria não representa, em média, mais que 15% dos recursos com que contam os municípios. Assim, a grande maioria dos municípios brasileiros tem como fonte mais importante, o FPM, que representa 75% do volume transferido aos municípios pela União. Com isso, quase metade dos municípios de pequeno porte (até 10.000 habitantes) têm no FPM 40% a 60% da sua receita total. (idem:49).

Ao introduzir o conceito de seguridade social, a Constituição de 1988 buscou estabelecer uma base sólida de financiamento para a seguridade social como um todo, que deveriam ser provenientes de três fontes: orçamento da União, Estados, Distrito Federal e Municípios; contribuições sociais que se subdividem em duas: as recolhidas pelas empresas sobre a folha de pagamento, o faturamento e o lucro, e dos

trabalhadores; e sobre a receita de concursos de prognósticos. (Título VIII – Artigo 195). Com isso, foram criadas a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL) e a Contribuição sobre Movimentação Financeira (CPMF), esta última destinada, conforme já vimos no capítulo anterior, para o financiamento exclusivo da saúde.

Segundo Cordeiro (2001:10), os recursos que deveriam compor o Orçamento da Seguridade Social (OSS), poderiam ter cumprido uma importante função redistributiva e universalizada, possibilitando novas políticas de equidade. Contudo, o orçamento da seguridade social nunca foi efetivamente implantado, havendo uma total separação das três políticas que deveriam compor um conjunto articulado. As leis de assistência social, previdência social e da saúde foram discutidas e tratadas de modo independente no Congresso Nacional.

Nos anos do governo Collor, houve uma fragmentação das fontes de financiamento com apropriação pelo Tesouro Nacional das novas contribuições sociais baseadas no faturamento e nos lucros das empresas. As despesas de pessoal aposentado e pensionistas da União, que compunha a rubrica Encargos Previdenciários da União (EPU) passam a ser cobertas com recursos das contribuições sociais da Previdência Social, quando anteriormente eram oriundas da arrecadação fiscal. Quanto as despesas de saúde e assistência social, os gastos passaram a ser definidos pelo Ministério da Fazenda com base nas receitas fiscais, e os benefícios previdenciários a partir das contribuições sociais arrecadadas pelo MPAS/Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Assim, conclui o autor, o orçamento da Seguridade Social estava sendo sepultado. (Idem:6).

Boschetti e Behring (2003), ao analisarem a proposta de Reforma da Previdência de 1998 e a proposta encaminhada pelo governo Lula, que diagnosticam a existência de um “déficit” da Previdência, apontam o estudo elaborado pela Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência (ANFIP). Tal estudo ao analisar o orçamento da seguridade social em 2001, separando a arrecadação específica da previdência (setor público e privado) da arrecadação da seguridade como um todo, chega ao resultado de que a previdência não é deficitária, mas ocorre que as fontes criadas para cobrir os direitos relativos à saúde e assistência (benefícios não contributivos) não são totalmente utilizadas para este fim, obrigando o governo a lançar mão das contribuições previdenciárias para custear todo o sistema de seguridade social.

Assim, segundo as autoras, tendo por base o estudo da ANFIP e a análise de Fraga, uma das principais causas do suposto déficit da previdência é a realocação das fontes advindas das contribuições sociais pelo Tesouro Nacional, através da Desvinculação das Receitas da União (DRU), antigo Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). Nestas fontes, os recursos desvinculados em 2001 chegaram a 30%, implicando na redução de recursos para a seguridade social. (idem:14).

A DRU foi instituída em 1999, com validade até 2003, sendo a versão recente do Fundo Social de Emergência (1994)⁴ e do Fundo de Estabilização Fiscal (1997). Behring (2003:274), com base na análise Fraga sobre o Projeto de Lei Orçamentária Anual, apresentado em 1999 no Congresso Nacional, mostra que a DRU é de modo indireto e escamoteado, um desvio de recursos da seguridade social para a ciranda financeira, penalizando a área social. Assim, pode-se concluir utilizando as palavras de Netto (1999:85),

“No primeiro governo FHC, a mais eficaz das táticas para comprometer a proposta constitucional da Seguridade Social – sem prejuízo da utilização de outros procedimentos com a mesma finalidade – foi a já citada manipulação das receitas. A inexistência de controles e critérios de gestão transparentes permitiu ao Executivo federal o desvio de recursos oriundos das fontes do Orçamento da Seguridade Social para saldar despesas estranhas às suas funções – mais exatamente, o executivo presidido por FHC inviabilizou a Seguridade Social projetada na Constituição sangrando escandalosamente as suas receitas e destinando-as a outros fins.”

Segundo Almeida (2003:210), a Constituição de 1988 de fato definiu um novo arranjo federativo, transferindo de modo significativo os recursos, capacidade decisória e funções. Assim, a federação brasileira caracteriza-se por forte descentralização das competências tributárias, sem mecanismos de distribuição horizontal das receitas arrecadadas perpetuando as disparidades inter-regionais; alta descentralização do gasto

⁴ O Fundo Social de Emergência (FSE), é criado em 1994, através da Emenda Constitucional n° 01/94, no contexto do Plano de Estabilização Econômica promulgado pelo então Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso. De acordo com Médici e Marques (apud Soares, 2001:237), o FSE *“não é, como expressa seu nome, um Fundo Social, mas sim um artifício para aumentar a liberdade alocativa dos gastos públicos no interior do Orçamento, evitando as vinculações de receita que, segundo os autores do Plano, levam a obrigatoriedade do gasto com determinadas políticas. Ao assim fazer, os recursos alocados no FSE podem até ser utilizados como forma de esterilizar parte da receita federal, canalizando-a para cumprir objetivos de estabilização e zeragem do déficit público”*.

final de governo (maior inclusive para o gasto social, com exceção da Previdência Social); e elevado nível de autonomia orçamentária, principalmente para os municípios, o que significou, inicialmente, uma perda substancial relativa da União na receita fiscal do país. Tal perda é recuperada, posteriormente, com o aumento da carga e recentralização tributária (com o FEF e a Lei Kandir, que retiram recursos dos municípios e estados em favor da União), e transferiu primeiro recursos, sem definição clara dos encargos correspondentes e sem uma estratégia de redefinição das respectivas competências dos níveis de governo, retirando-os posteriormente, mas mantendo os encargos e sobrecarregando o nível local.

De acordo com Costa e Rangel (2001), os processos de valorização da cidadania e da autonomia política dos municípios, expressos na Constituição, vêm sendo constantemente contrariados, ao passo em que são repassados para os municípios crescentes responsabilidades, sem as respectivas fontes de recursos, necessárias para o cumprimento das novas atribuições. Assim, apontam como medidas que vem favorecendo os interesses econômicos, centralizando o poder na União e penalizando os municípios: a extinção do imposto sobre venda e varejo dos combustíveis (IVVC), sob responsabilidade municipal, criado na constituição de 1988 e extinto em 1996; a criação do FEF; a Lei Kandir, que desonera o pagamento de ICMS as exportações de vários produtos; a guerra fiscal, com a competição entre estados e municípios pela instalação de novos empreendimentos em seu território, utilizando-se de redução, criação de prazos de carência ou isenção de impostos de sua competência como elemento de atração; e a Lei de Responsabilidade Fiscal, que segundo Durão (apud Costa e Rangel, op.cit. Pg.7)

“em sua atual redação, a Lei de Responsabilidade Fiscal ao estabelecer controles rigorosos sobre os gastos públicos obriga os entes da federação a reduzirem as suas despesas no caso de as receitas não alcançarem o nível previsto, mas exclui expressamente dessa regra as despesas destinadas ao serviço da dívida. Portanto, ela engessa as administrações por visar apenas o ajuste fiscal e contábil, deixando questões sociais e culturais à mercê das sobras ou de orçamentos futuros. Consagra assim, a irresponsabilidade social em nome da pretensa responsabilidade fiscal, pois não podemos considerar como autêntica preocupação com o equilíbrio das contas públicas e uma boa gestão fiscal aquela que coloca acima de todos os interesses e valores a preocupação com a satisfação dos credores do Estado”.

Viana, Lima & Oliveira (2001), apresentam estudo realizado por Couto e Silva acerca do processo de mudança nas relações intergovernamentais a partir dos aspectos fiscais e financeiros, que mostra que a tendência à descentralização, presente na Constituição de 1988 – autonomia fiscal dos governos estaduais; discriminação das receitas tributárias de cada nível de governo; aumento da participação dos governos subnacionais na carga tributária e constituição da seguridade sócia – sofre uma reversão na década de 90, em decorrência da apropriação pelo Orçamento Geral da União dos recursos previstos para o financiamento da seguridade e dos desequilíbrios financeiros dos governos subnacionais.

Ainda segundo o referido estudo, a incapacidade de manutenção do processo de descentralização é consequência da fragilidade da base de sustentação fiscal dos estados. Assim, a frustração da descentralização é vista como indissociável do ajuste fiscal: *“no Brasil, este processo se dará tanto pela recentralização fiscal propiciada pelo crescimento da participação das contribuições sociais na receita federal – e a decorrente frustração das políticas descentralizadoras, como saúde e educação -, quanto pelas soluções encaminhadas para a superação da crise financeira dos governos subnacionais”*. (Couto e Silva apud Viana, Lima & Oliveira, *op.cit.*).

Assim, a proposta de descentralização é frustrada devido as seguintes razões: a previsão de aumento da participação das instâncias subnacionais nos fundos de participação não se efetivou, havendo uma queda entre 1988 e 1996, de 21% para 15% da sua participação na receita tributária da União, visto que os tributos partilhados (IR e IPI) não acompanharam a evolução desta receita; os estados perderam autonomia, em decorrência dos seus níveis crescentes de endividamento; os recursos da seguridade foram contingenciados, inicialmente, no período inflacionário, através de atrasos na liberação; posteriormente, com a estabilização, pela criação do FSE e depois FEF. Tal questão tornou a seguridade uma variável de ajuste do processo de estabilização.

2.1.1. As Normas Operacionais Básicas da Saúde

Ao longo da década de 90, vem sendo elaboradas no âmbito do Ministério da Saúde Normas Operacionais Básicas (NOBs) que vem se constituindo como principais instrumentos de regulamentação e orientação do processo de implantação descentralizada do SUS.

Em 1990, no governo de Fernando Collor de Mello, a mediação dos Estados foi interrompida, retornando para o Ministério da Saúde a responsabilidade da administração e o repasse dos recursos para a rede conveniada além do estabelecimento de uma relação direta com os municípios, reduzindo a participação dos governos estaduais, configurando-se no que Cordeiro (2001:8) chama de “municipalização tutelada”.

A primeira NOB, editada em 1991, não foi resultado de um processo participativo se caracterizando como uma portaria do INAMPS que, naquela época permanecia como órgão centralizado do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), responsável pela assistência à saúde, pelos repasses financeiros e pela formulação de normas no âmbito previdenciário. (Carvalho apud Cunha, 2001).

O NOB 01/91, padronizou os fluxos financeiros e criou no sistema público o pagamento por produção. Esta NOB transformou os Estados e municípios em meros prestadores de serviços a serem ressarcidos. Tal medida ao invés de estimular a responsabilização progressiva pelas ações e serviços de saúde por parte das esferas de governo, acabou se constituindo em um entrave para o processo de descentralização, acabando por levar a um processo de desconcentração.⁵ Isso torna-se claro ao observarmos que aos municípios foi repassado apenas a execução dos serviços cabendo ainda ao Ministério da Saúde a gerência dos recursos financeiros. No entanto, apesar dos efeitos negativos sobre o processo de descentralização, essa NOB, juntamente com a Lei 8142/90, previa a formação dos Conselhos de Saúde e dos Fundos de Saúde, como requisitos indispensáveis para o repasse dos recursos financeiros.

Em 1992, é editada a NOB 01/92, que manteve as mesmas orientações da NOB anterior introduzindo o critério populacional para o repasse dos recursos e o repasse automático dos mesmos para os municípios que tivessem cumprido com as exigências constitucionais. Tal Norma é editada num contexto marcado pela efervecência política do processo de *impeachment* do presidente Collor.

Segundo Paim (1998:13), após o *impeachment* de Fernando Collor de Mello, a conjuntura torna-se propícia para a retomada de alguns aspectos do Projeto de Reforma Sanitária, o que pode ser exemplificado com a discussão ampla sobre o documento “Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”, elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde que teve como parâmetro as

5 Por desconcentração entende-se a delegação de atribuições administrativas não seguida de um poder decisório, permanecendo a personalidade jurídica da mesma instituição (Stein,1997).

resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde que referendou a continuidade do processo de descentralização dificultado pelas NOBs 91 e 92. Tal documento fundamentou o processo de discussão e negociação entre os vários atores interessados nos rumos do SUS, tais como: gestores das três esferas de governo, setor privado, entidades de representação sindical e popular, instituições públicas federais e entidades científicas afins. Essa discussão resultou na NOB/93, que criou três modalidades de municipalização da saúde: incipiente, parcial e semi-plena, aos quais os municípios podiam se habilitar conforme a capacidade instalada existente e o cumprimento de responsabilidades e requisitos gerenciais, levando ao avanço no processo de descentralização.

Além disso, ainda segundo o autor, houve outras iniciativas que coadunavam com as idéias defendidas na IX Conferência Nacional de Saúde como: a influência da sociedade civil nos conselhos; a municipalização da saúde levando-se em consideração as diversidades locais; experiências de modelos alternativos nos âmbitos estaduais e municipais e a reativação de movimentos ligados à cidadania.

Segundo Souza (2001), a implementação da NOB 01/93 significou um avanço no processo de descentralização, que parecia ganhar concretude se não fosse o início do retalhamento dos serviços públicos ocorrido no governo Itamar Franco, cuja gestão foi marcada pela busca de consensos entre alguns setores progressistas e as forças neoconservadoras, representadas pelo projeto político neoliberal.

Segundo Cunha (2001), durante a vigência dessa Norma são encontrados alguns entraves para a efetivação da descentralização, que são: estrangimentos financeiros ocasionados pela política governamental de não expansão dos recursos setoriais, dificuldades na operacionalização de critérios consensuais para a definição de valores financeiros a serem repassados fundo a fundo e reticências dos municípios em assumir unidades de outros níveis governamentais.

Em novembro de 1996, é editada a NOB 01/96, uma estratégia para implementar na saúde a contra-reforma do Estado.

Segundo Bresser Pereira (apud Souza, 2001), a reforma gerencial do SUS consolidada na NOB 01/96, baseia-se no modelo inglês de administração no National Health Service. Estão contidas na NOB as quatro idéias básicas deste sistema, que são:

1. “descentralizar a administração e o controle dos gastos com a saúde, que serão distribuídos aos municípios de acordo com a população existente e não com o número de leitos;

2. criar um quase - mercado entre os hospitais e ambulatórios especializados, que passam a competir pelos recursos administrados localmente;
3. transformar os hospitais em organizações públicas não estatais ([...] organizações sociais no Brasil;
4. criar um sistema de entrada e triagem constituído por médicos de família, que podem ser funcionários do estado ou contratados pelo estado e pagos de acordo com o número de pacientes que livremente se inscrevem em suas clínicas [...].”

Desse modo, Bresser Pereira conclui que a NOB/96 “*abriu uma perspectiva concreta de implantar no país um sistema administrativo baseado na descentralização para os municípios e na competição administrada, [...] a partir da experiência britânica.*”

A NOB 01/96, tem por objetivo consubstanciar o poder público como gestor do SUS, demarcando ainda mais as responsabilidades do gestor municipal. Aponta a necessidade de se trabalhar as realidades regionais e, do mesmo modo, propõe uma abordagem mais sistêmica para o setor, desenvolvida para além da assistência médica, da vigilância sanitária e epidemiológica. Segundo Bravo (2001), além das bases teóricas este instrumento apresenta alguns nós críticos, a saber:

- “a instituição do cartão SUS, que invés de facilitar pode dificultar o acesso universal aos serviços;
- a ênfase nas ações básicas de saúde [que] pode dicotomizar o conceito de integralidade das ações;
- Falta de referência na NOB a uma questão central do SUS, que é a Política de Recursos Humanos;
- Ressalta o papel das comissões Bipartite e Tripartite e o papel dos Conselhos fica restrito a homologações das mesmas; torna-se importante a criação de mecanismos entre as comissões e os conselhos, como por exemplo: envio de calendário das reuniões e a agenda dos assuntos; e
- Criação de programas verticais: saúde da família e agentes comunitários de saúde”.

Essa NOB pretende redefinir os fluxos e mecanismos de financiamento. Nesse sentido, ela introduz a lógica per capita no repasse financeiro para procedimentos que

compõem a parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), que é composta pela implementação dos programas: Saúde da Família (PSF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental. Tal modalidade de transferência visa garantir um repasse mínimo, proporcional ao número de habitantes, buscando superar as desigualdades ocasionadas pelo pagamento por produção.

Apesar da NOB 01/96 ter sido editada em 1996 ela só entra em vigor em 1998, devido a algumas lacunas apresentada pela mesma como a não definição do valor monetário do PAB e a pouca clareza quanto as exigências do processo de regulamentação para a habilitação dos municípios. Com vistas a execução desta norma, deu-se prosseguimento às discussões e várias portarias foram editadas, dentre elas a Portaria 1882/GM de 18 de dezembro de 1997, que estabelece o PAB; e a Instrução Normativa nº 1/98 de 2 de janeiro de 1998, que regulamenta instrumentos e fluxos do processo de habilitação dos municípios, estados e do Distrito Federal, além de esclarece questões relacionadas ao cumprimento dos requisitos definidos na norma operacional. (Cunha; 2001:40).

Segundo Almeida (apud Cunha, 2001), a NOB 01/96, ao institucionalizar o PAB e, principalmente, criar incentivo financeiros ao PACS e PSF, têm levado ao fortalecimento da focalização ao priorizar a atenção básica desarticulada da atenção secundária e terciária. Por outro lado, ao criar incentivos financeiros e desse modo, induzir a implantação do PACS e PSF, a norma está ferindo a autonomia de gestão inerente ao processo de descentralização.

Em relação a implantação do PSF, Soares (2005:2-3) faz as seguintes críticas: é um programa vertical, imposto de cima para baixo pelo Ministério da Saúde, totalmente normatizado no nível central, bancado por “incentivos” financeiros no repasse de recursos aos municípios, tornado obrigatória a sua adoção pelos governos municipais; é um programa que desconsidera totalmente a enorme heterogeneidade entre os municípios na oferta dos serviços de saúde - que em sua maioria não possuem uma rede regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal a todos os níveis de atenção- limitando o atendimento dado pelo PSF a uma simples “porta de entrada”, sem resolutividade e sem “porta de saída”; não leva em consideração o heterogêneo e complexo quadro epidemiológico brasileiro que têm demandando serviços de saúde em todos os níveis de complexidade; os Agentes de Saúde, sem qualificação profissional, possuem baixa remuneração, com contratos de trabalho precários, sob o falso

argumento de que eles estariam mais “próximos da comunidade”. Tal premissa tem provocado distorções, como os mecanismos de cooptação e clientelismo nas contratações, somando-se as já citadas limitações desses agentes na resolução dos crescentes e complexos problemas de saúde da população; as prefeituras brasileira não possuem condições homogêneas de contratação das equipes de saúde da família, processo este que é feito na maioria das vezes sem concurso público e sem condições de trabalho estáveis.

Segundo Bravo e Matos (2001), na NOB/96 há a divisão do SUS em dois: o hospitalar (de referência) e o básico oferecido através de programas focais. Apesar de anterior, esta proposição está articulada ao documento do MARE, de 1998, que deixa subentendido dois sistemas: um SUS para pobres e um outro sistema para consumidores fornecido via mercado.

Em janeiro de 2001, é implantada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), cujo objetivo é estabelecer novas diretrizes para a regionalização da saúde através do: Aprofundamento da descentralização, através de municípios que exerçam o papel de pólo de atração regional, já existente na proposta dos consórcios intermunicipais de saúde; e, a organização dos serviços de saúde através das territorialidades, com vistas a possibilitar a otimização dos recursos e ampliação do acesso. Segundo Souza (2001), a NOAS desconsidera a proposta dos Distritos Sanitários, que além da divisão geográfica (territorialidade) leva em conta o perfil sócio-econômico, cultural e epidemiológico da população.

Souza apropriando-se de Araújo (2001), coloca que a autora recuperando comentários de Gilson Carvalho (Assessor do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS) acerca da NOAS, ressalta que o mesmo não foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, que por sua vez, aprovou um documento intitulado “Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com garantia de equidade de acesso”, que apresentava propostas de regionalização da assistência. Também, coloca que tal normatização concede poder excessivo às Secretarias Estaduais de Saúde, responsáveis pela coordenação da regionalização, instituindo, desse modo, a estadualização em detrimento da municipalização do setor. Para Carvalho, a NOAS aponta para uma recentralização e estadualização da saúde, desconsiderando a autonomia municipal e as relações intermunicipais, impedindo que esse processo seja coordenado e definido pelos próprios municípios.

A descentralização na área sanitária no Brasil vem sendo marcada por avanços e retrocessos visto que sua diretriz envolve diversos aspectos de ordem política e administrativa, atrelada ainda a diferentes realidades de ordem sócio-econômicas dos estados e municípios do país.

Além da adesão política ou não da tecnocracia do setor aos princípios do SUS e da capacitação técnica da equipe, segundo Vianna (apud Cunha, 2001), fatores como as redes hospitalar e ambulatorial prévias, qualificação de recursos humanos, arrecadação municipal, capacidade organizativa e participação política, tendem a influir, em maior ou menor grau, na municipalização dos serviços de saúde.

Capítulo 3

O CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

Neste capítulo, pretende-se introduzir o debate sobre os conselhos de saúde enquanto um dos mecanismos de controle social, concebidos como espaços tensos em que diferentes interesses estão em disputa, bem como sobre sua importância na constituição de uma esfera pública democrática. Para além dos conselhos previstos em lei federal, apresenta-se outras propostas de ação que passam pela via das discussões em

colegiados, entendidos como canais de ampliação da participação social, enfatizando a proposta de criação dos conselhos gestores de unidade de saúde. Também, apresenta-se outros mecanismos de controle social que podem ser acionados pelos sujeitos políticos, individual ou coletivamente, caso sejam lesados nos seus direitos.

Historicamente, o controle social foi concebido como controle do Estado ou do empresariado sobre a sociedade e como tal quase sempre é utilizada na sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. No entanto, na Constituição Federal de 1988 ela é entendida como a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. (Carvalho, 1995).

Essa última concepção de controle social tem como marcos o processo de redemocratização política da sociedade brasileira com a superação da ditadura militar instaurada no país pós-64, e pelo aprofundamento do debate referente à democracia e, na saúde o movimento de reforma sanitária.

Fleury (1997), ao analisar a questão democrática no contexto do movimento sanitário tendo por base os editoriais da Revista Saúde em Debate, pertencente ao CEBES⁶, apresenta diferentes concepções e estratégias democráticas que perpassaram o debate nacional em torno da criação de um projeto comum de sistema democrático de saúde. Tais concepções e estratégias são designadas pela autora como democracia como conflito, democracia como movimento e democracia como institucionalidade.

3.1. Democracia como conflito

A perspectiva de democracia como conflito, baseado no pensamento “foucautiano” e de outros intelectuais europeus vinculados ao movimento contracultural, influenciou o debate do movimento sanitário na década de 70. Partindo de um forte conteúdo anárquico e contra-cultural, visto se contrapor a qualquer processo de normatização e institucionalização do poder entendidos como rede de macro e micro poderes que, através de um conjunto de práticas sociais subordinavam a energia criadora e potencialmente revolucionária a uma ordem que reproduzia, desde sua

6 O CEBES, criado em 1975, institucionalizou o movimento sanitário organizando as diferentes visões críticas do sistema de saúde, definindo um projeto comum e estratégias e táticas de ação coletiva. “O CEBES representou a possibilidade de uma estrutura institucional para o triângulo que caracterizou o movimento de reforma sanitária brasileira: a construção de um novo saber que evidenciasse as relações entre saúde e estrutura social; a ampliação da consciência sanitária onde a Revista Saúde em Debate foi, e continua sendo, seu veículo privilegiado; a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política.” (Fleury, 1997:26).

macroestrutura até aos comportamentos e símbolos, a engrenagem da dominação. Desse modo, a democracia era compreendida como integrando um elemento social que se traduzia na desalienação da população que levaria a sua organização em direção a uma melhor apropriação da riqueza social. O mecanismo que possibilitaria essa passagem seria a participação popular, onde o conflito era visto como o caminho para desmontar as estruturas da dominação e a criação de uma nova lógica de ordenação das relações de poder, ao mesmo tempo em que estaria produzindo uma desalienação do sujeito que se constitui por meio da participação. Segundo Fleury (op.cit), tal corrente vai progressivamente perdendo vigor no interior do movimento sanitário, mantendo sua influência apenas na reforma psiquiátrica por estar na sua essência o resgate do sujeito.

3.2. Democracia como movimento

A democracia como movimento, foi influenciada pelo surgimento do Partido dos Trabalhadores e das Comunidades Eclesiais de Base, sendo orientada na perspectiva de mobilização da comunidade e socialização política, convivendo com a contradição entre tomar o Estado como alvo de suas críticas e de suas demandas, ao mesmo tempo em que pretendia que sua luta pelo poder estivesse no âmbito societário.

Nesse contexto, segundo Carvalho (1995), surge a idéia da participação popular, passando pela adoção de um novo referencial teórico, onde a categoria comunidade é substituída pela categoria povo, que designava a parcela da população excluída ou subalternizada no seu acesso a bens e serviços. Introduz-se a questão da segmentação social, numa clara aproximação doutrinária com o marxismo, não somente como elemento de descrição da distribuição dos problemas de saúde. Assim, não se aceitava mais a mera participação em ações simplificadas no âmbito dos serviços e se propunha a conquista da participação no conjunto da dinâmica social.

O Estado era concebido em seu sentido restrito e identificado com a função de manter o status quo. A segmentação social é decorrente da forma de organização da produção, cabendo ao Estado o papel de garantir a reprodução permanente e ampliada desse processo. Desse modo, as políticas e os serviços de saúde estavam subordinados a essa lógica e atendiam à necessidade de manter e reproduzir o sistema, sendo desse modo necessariamente geradores de desigualdade sanitária. (idem:22).

Assim, trata-se de um povo excluído social, econômica e politicamente, que luta contra um Estado cuja lógica é favorecer os já favorecidos. As melhorias sociais são adquiridas via conquistas, o acesso por meio da pressão, do movimento. Participação

significa luta e contestação. Com isso, passa a ser cada vez mais valorizada a participação nas decisões, como mecanismo de garantia do redirecionamento das políticas e práticas objetivando o atendimento das necessidades do povo. (ibdem: 23).

Segundo Carvalho (op.cit.pag.24), a experiência da interlocução aguerrida com o Estado, passou a associar cada vez mais demanda social por acesso a bens e serviços de saúde à demanda política por acesso ao poder. Tal demanda começa aos poucos a se desdobrar e se realizar através da ocupação parcial de espaços institucionais, através da própria permeabilidade do Estado às demandas. Com isso, abrem-se as condições de superação do maniqueísmo radical e surgem as possibilidades de interação como alternativa ao confronto.

3.3. Democracia como institucionalidade

A democracia como institucionalidade, passa a predominar o debate do movimento sanitário a partir da década de 80. Recorreu ao conceito estratégico de desenvolvimento da consciência sanitária como forma de articulação entre o corpo biológico e o corpo socialmente investido - o corpo produtivo. Tal articulação dar-se-ia através da experiência singular do sofrimento, a vivência das necessidades vitais, e a dimensão pública do indivíduo enquanto cidadão, e conseqüentemente, portador de um conjunto de direitos e deveres perante o Estado, e sua inserção na luta entre dominantes e dominados, aos quais se remetem tanto as carências vitais quanto a negação dos direitos sociais. Ao assumir o caráter dual da saúde, como valor universal e núcleo subversivo de desmontagem da ordem social com vistas à construção de uma nova correlação de forças, o movimento sanitário pretendeu dar um novo significado político à noção de cidadania, dando a ela um caráter transformador.

Nesse contexto, conforme Carvalho (1995) dá-se espaço a uma nova visão de participação, denominada de participação social, que tem por base a universalização dos direitos sociais, a ampliação da noção de cidadania e uma nova compreensão do caráter e do papel do Estado.

A partir dessa perspectiva, a visão do Estado como um espaço monolítico, que atende aos interesses dos grupos dominantes, dá espaço para a concepção gramsciana de “Estado Ampliado”, enquanto uma arena de disputa política onde diferentes grupos com interesses contraditórios lutam pela hegemonia, ou seja, pela conquista da direção política e intelectual. Desse modo, estabelece-se uma nova relação entre Estado e sociedade, onde ambos são reconhecidos como interlocutores legítimos e com um

mínimo de eficácia dialógica. Ou seja, o Estado deve se abrir para as demandas advindas das diversas classes e camadas sociais, tornando-se conforme Poulantzas (1980), *“a expressão da correlação de forças existente na sociedade ainda que sob a hegemonia de uma classe ou fração de classe.”*

A articulação entre democracia representativa e democracia direta é fundamental para a construção da democracia de massas. Desse modo, os conselhos devem ser percebidos enquanto mecanismos de democracia direta, que podem contribuir para a construção da democracia de massas. (Bravo, 2002:68).

Com base nesse referencial de participação, surgem ao longo da década de 80, de forma progressiva, órgãos colegiados no âmbito do aparelho estatal com composição mista de segmentos da sociedade e de repartições estatais. A partir das chamadas Ações Integradas de Saúde (AIS), criada em 1983, instituíram-se diversos tipos de conselhos e comissões, geralmente na esfera da gestão - tanto em nível local como central - que foram englobando a presença dos principais atores na arena político-sanitária: governos das diversas esferas, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

De acordo com Carvalho (1995:27), a idéia de participação social suscita e se associa à noção de controle social do Estado em oposição ao controle privado exercido por grupos com maior poder de acesso e influência. Embora conceitualmente e praticamente, o Estado de direito moderno, já viesse demonstrando uma preocupação em defender a sociedade contra excessos no funcionamento da máquina estatal, com a inclusão na sua organização, nos diversos níveis e esferas, de um variado arsenal de mecanismos e órgãos de controle, a idéia desse controle ser exercido pela sociedade através da presença e ação organizada de seus diversos segmentos é que constitui a novidade desses órgãos colegiados que se insinuam na década de 80.

Concordamos com Carvalho (ibidem), que o surgimento dessas novas formas institucionais de participação, com seu pluralismo, não instaura de forma mágica a igualdade de oportunidades de acesso ao poder, nem tampouco elimina a desigualdade de potencial reivindicatório entre as diversas classes e camadas sociais. Entretanto, tais mecanismos de participação devem ser concebidos, aí sua inovação, como espaços de democratização na relação entre Estado e sociedade, que possibilita a intervenção da sociedade civil nas decisões governamentais, com vistas à socialização da política e do poder. Segundo Raichelis (1998), tal processo de democratização, acaba por criar uma nova noção de esfera pública, caracterizada no reconhecimento do direito de todos à participação na vida pública. Neste sentido, a esfera pública é o lócus da publicização,

baseada numa visão ampliada da democracia, tanto do Estado quanto da sociedade civil, e na implementação de novos mecanismos e formas de atuação, dentro e fora do Estado, que dinamizem a participação social para que ela seja cada vez mais representativa da sociedade.

Segundo Raichelis (ibdem), são elementos constitutivos - considerados como um conjunto dinamicamente articulados - dessa nova concepção de esfera pública:

- **Visibilidade social:** significa que as ações e os discursos dos sujeitos devem se expressar de forma transparente, não apenas para os sujeitos diretamente envolvidos, mas para todos os que estejam implicados nas decisões políticas. A visibilidade supõe publicidade e fidedignidade das informações que orientam as deliberações nos espaços públicos de representação.
- **Controle Social:** implica no acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, bem como a fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados.
- **Representação de interesses coletivos:** envolve a constituição de sujeitos políticos ativos, que se apresentam na cena pública a partir da qualificação de demandas coletivas, em relação às quais exercem papel de mediadores.
- **Democratização:** remete à ampliação de fóruns de decisão política que, alargando os condutos tradicionais de representação, permitem incorporar novos sujeitos sociais como portadores de direitos legítimos. Implica a dialética entre o conflito e o consenso, de modo que interesses divergentes possam ser qualificados e confrontados, ocasionando, daí o embate público capaz de gerar adesão em torno das posições hegemônicas.
- **Cultura pública:** significa o enfrentamento do autoritarismo social e da cultura privatista de apropriação do público pelo privado, remetendo à construção de mediações sociopolíticas dos interesses a serem reconhecidos, representados e negociados na cena visível da esfera pública.

É esse o marco que inspira o advento dos conselhos de saúde na sociedade brasileira. A idéia de que tais órgãos colegiados, com a presença dos diversos segmentos sociais, especialmente aqueles tradicionalmente excluídos, pudessem

“controlar” o Estado, com vistas a assegurar que as políticas de saúde sejam pautadas nas necessidades do conjunto da sociedade, não apenas pelos desígnios de seus setores mais privilegiados.

Segundo Carvalho (ibidem:4),

“(....) os conselhos são uma das principais e mais interessantes inovações da organização sanitária brasileira contemporânea. Situando-se na contramão da tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado brasileiro, aparecem como um constructo institucional expressivo da imagem-objetivo de democracia em saúde, perseguida pelo processo da Reforma Sanitária”.

O controle social na política de saúde é hoje, um direito conquistado inscrito na Constituição Federal de 1988 como uma das diretrizes desta política. Entretanto, é na Lei 8142/90, que se encontram expressos os mecanismos formais sob os quais se dará o exercício do controle social, que são: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

A conferência de saúde tem por objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a reformulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Esta deve ocorrer periodicamente com representação dos vários segmentos sociais sendo convocada pelo Poder Executivo ou extraordinariamente por este ou pelo conselho de saúde. Suas deliberações devem ser entendidas como norteadoras da implantação da política de saúde e, por conseguinte, influenciar as discussões travadas nos conselhos de saúde.

O conselho de saúde, órgão colegiado composto de forma paritária por 50% de representantes dos usuários e os 50% restantes de representantes dos prestadores de serviços (público e privado) e profissionais de saúde⁷, objetiva atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, principalmente em seus

7 A resolução 33, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde em 23 de dezembro de 1992, complementa esta definição de paridade nos Conselhos, definindo que os mesmos devem ser compostos por 50% de representantes do segmento dos usuários, e os demais 50% deve ser de 25% de representantes dos prestadores de serviços públicos e privados e 25% pelos trabalhadores de saúde. Alguns desconsideram essa resolução, alegando que a mesma não possui base legal funcionando apenas como uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde. É importante ressaltar, que o Conselho Nacional de Saúde, aprovou em sua plenária a Resolução n° 333, de 04 de novembro de 2003, que não apenas substituiu a resolução 33, mas consolida as suas proposições ao definir as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

aspectos econômicos e financeiros, devendo suas decisões serem homologadas pelo chefe de poder legalmente constituído em cada uma das esferas de governo.

De acordo com Bravo e Souza (2002:68), os conselhos de saúde vem sendo concebidos com base em diversas posições teóricas e políticas presentes no debate da saúde na atual conjuntura.

A primeira concepção, baseada em Gramsci, compreende os conselhos como arena de conflitos onde diferentes grupos estão em disputa. Segundo este autor, a partir de 1870, ocorre uma crescente “socialização da política” com o ingresso na esfera pública de um número cada vez maior de novos sujeitos políticos individuais e coletivos. Com isso, o Estado se amplia, se complexifica, e a conquista pelo poder do Estado, envolve uma disputa contínua pela hegemonia e pelo consenso no interior do Estado em seu sentido amplo.

Para Gramsci, sociedade “regulada” ou socialista, é uma construção progressiva e depende de um complexo processo de lutas sociais, capaz de levar à progressiva eliminação da sociedade capitalista.

Para a realização do processo de construção de uma sociedade socialista, torna-se necessária a constituição de uma democracia de massas. Trata-se de um projeto que pressupõe a difusão da participação social com vistas a combater a apatia, reforçando a participação política organizada do conjunto da cidadania. Segundo Netto (1990:127), ainda sem quebrar o ordenamento capitalista a democracia de massas cria três requisitos fundamentais para que ocorra a transição socialista em nossa sociedade: *“abre a via para a democratização da sociedade e do Estado, introduz o proletariado e seus aliados estratégicos nas atividades da gestão social e instaura uma dinâmica societária que permite vincular o “mundo do trabalho” ao “mundo da cultura”.*”

Segundo Ingraó (apud Coutinho, 2001), para a concretização da democracia de massas é necessária a articulação entre a democracia direta (sindicatos, movimentos sociais urbanos e rurais, organizações profissionais e de bairro....) e a democracia representativa (parlamentos e sistemas partidários). Neste contexto, os conselhos podem ser percebidos como um dos mecanismo de democracia direta que podem contribuir para a construção da democracia de massas.

Os conselhos podem ser concebidos como um dos novos institutos, resultado da auto-organização que compõe a sociedade civil, juntamente com os partidos de massa, sindicatos, associações profissionais, comissões de empresa e de bairro. Espaços onde

as massas podem se organizar de baixo para cima, a partir das classes, constituindo os sujeitos políticos coletivos. (ibdem:69).

A segunda concepção, baseada em Habermas ou nos neo-habermasianos, compreende os conselhos como espaço consensual, onde os diferentes interesses sociais convergem para o interesses de todos. De forma simplificada, as idéias centrais desse pensamento são: dicotomia entre Estado e sociedade civil; não tem como perspectiva a conquista do poder pelas classes subalternas; as classes sociais e o trabalho não são consideradas como categorias centrais; defende a redução do papel do Estado e a ampliação das atribuições da sociedade civil.

Coutinho (1999:168), ao analisar as contribuições de Habermas, coloca que para o autor há dois tipos de interação social: as interações sistêmicas, que ele chama de “poder” e “dinheiro”, ou Estado-burocracia e mercado, que se impõem coercitivamente aos indivíduos sobre os quais vigora uma racionalidade instrumental; e a interação comunicativa, própria do “mundo da vida”, onde domina um outro tipo de racionalidade, fundada no livre consenso intersubjetivo. Sua proposta política pode ser resumida na luta para que o mundo da vida não seja “colonizado” pelas interações sistêmicas. Trata-se de uma proposta resignada e conformista, visto que mesmo que conseguíssemos evitar a “colonização” do mundo da vida somos levados a nos resignar perante a presença necessária do “poder” e do “dinheiro”, consideradas pelo autor realidades próprias da modernidade, realidades estas que podem ser limitadas, mas não superadas.

Segundo Bravo e Souza (2002:69), os conselhos de saúde baseados na perspectiva habermasiana, tem influenciado grande parte dos estudos acerca desses espaços. Tal fato, é considerado neste trabalho, como expressão acadêmica do atual modelo de acumulação do capital, que dá espaço a uma onda neorracionalista onde os modelos de análise macroestruturais, principalmente a teoria marxista, passam a sofrer profundas críticas. Com isso, busca-se descaracterizar as lutas sociais e, divulgar o fim da história com a vitória do modelo capitalista de sociedade.

A terceira concepção dos conselhos de saúde baseia-se na perspectiva estruturalista do marxismo, que tem como principal representante Althusser. De acordo com essa perspectiva, os conselhos são visualizados como espaços de cooptação da sociedade civil por parte do poder público. Tal concepção, não percebe as contradições que podem emergir nesse espaço a partir de interesses contraditórios, expressando uma visão maniqueísta da relação Estado e sociedade.

Bravo e Souza (ibdem) apresenta de forma sintética a formulação de Althusser, que segundo ela fundamenta-se em dois pontos-chaves: que a estrutura social não possui em seu núcleo nenhum sujeito criativo, sendo a formação social um sistema de processos objetivos, sem sujeitos; e, propõe que o conceito de modo de produção em Marx envolve três estruturas ou níveis distintamente articulados: o econômico, o político e o ideológico.

Conforme a autora destacam-se como problemas desta formulação: a negação da história como dimensão objetiva do real, negação da dialética, o realismo formalista, ou seja, o empobrecimento das categorias racionais consideradas como meras regras formais intelectuais que operam na práxis manipulatória.

De acordo com Bravo e Souza (ibdem), Coutinho aponta que os conceitos de Althusser são pobres e esquemáticos, além de não iluminarem uma práxis capaz de quebrar a preponderância da manipulação no capitalismo de consumo e no socialismo burocrático. Que também, Althusser contribuiu para conservar, apesar de revestimento moderno, uma concepção deformada do socialismo, não tratando sobre as questões da democracia socialista e sobre os problemas da luta humanista contra a manipulação burocrática das consciências.

A quarta concepção sobre os conselhos, não aceita esse espaço, questionando a democracia de base, participativa, defendendo apenas a democracia representativa. Tal concepção política neoconservadora, é defendida por alguns representantes governamentais, e tem o respaldo intelectual de cientistas políticos que se dedicam à análise da democracia e dos sistemas de representação nas sociedades capitalistas.

Os conselhos de saúde são compreendidos, nesse estudo, como espaços de luta pela conquista da hegemonia, conforme a concepção baseada em Gramsci, sendo importantes mecanismos para a democratização do espaço público. Entretanto, deve-se ter cuidado para que estes espaços não sejam nem supervalorizados e nem subvalorizados. Bravo e Souza (op.cit) aponta algumas questões que precisam ser enfrentadas para que os conselhos possam ampliar o seu potencial de ação, que são: o desrespeito pelo poder público das deliberações dos conselhos, bem como às leis que regulamentam o seu funcionamento; burocratização das ações e da dinâmica dos conselhos que impossibilitam a participação efetiva dos seus representantes; a timidez de posicionamento dos conselhos frente à agenda neoliberal; desconhecimento por parte da sociedade civil organizada sobre os conselhos, bem como a falta de articulação dos representantes com a sua base; contribuição ainda ineficiente dos mesmos para a

democratização da esfera pública; chantagem institucional do poder executivo caso as propostas não sejam aprovadas pelos conselheiros, apontando para o prejuízo que isso acarretará para a população; falta de soluções jurídicas ágéis quanto à necessidade de enfrentamento com o executivo.

Nesse sentido, a autora propõe para o enfrentamento dessas questões com vistas ao fortalecimento do controle social, o aprofundamento de investigações sobre a temática dos conselhos, assim como a realização de assessoria aos conselheiros de saúde. Segundo ela, tais estudos e assessorias devem ser norteados pelos seguintes pressupostos: a percepção dos conselhos na relação Estado e sociedade; a valorização dos Movimentos Sociais como relevantes para a defesa e ampliação dos direitos sociais; a clareza de que os conselhos não substituem os Movimentos Sociais.

Dagnino (2002:283-284) aponta a questão da exigência de qualificação técnica e política, como algo que têm dificultado uma participação mais igualitária nos espaços públicos, por parte dos representantes da sociedade civil. Segundo a autora, essa demanda por qualificação técnica tem revelado um desafio para a sociedade civil, não apenas por ser condição necessária para uma participação efetiva, mas também pelas implicações que ela tem assumido na prática. Em primeiro lugar, a exigência da competência técnica por parte das lideranças da sociedade civil tem exigido um considerável investimento de tempo e energia, que devido a muitas vezes ser um tempo limitado, ocasiona um afastamento dos vínculos dos representantes com a base representada. Em segundo lugar, tal dificuldade na aquisição dessas competências tem levado a uma falta de rotatividade da representação, provocando uma perpetuação dessas lideranças enquanto representantes. Em terceiro lugar, tal deficiência não é apenas absoluta mas relativa com respeito aos interlocutores prestadores de serviços. Assim, ela carrega para o interior dos conselhos uma desigualdade adicional que pode acabar por reproduzir o que tais espaços públicos pretendem eliminar, que é o acesso privilegiado aos recursos do Estado que gera a desigualdade social mais ampla. Desse modo, segundo a autora, em situações de conflito aberto com representantes dos prestadores de serviços nos conselhos, tal deficiência por parte da sociedade civil, tem sido utilizada na desqualificação política desses últimos e até cultivada como mecanismo de exercício do controle sobre as decisões.

O controle social na saúde, ou seja, os conselhos de saúde enquanto um dos seus mecanismos vem impondo a necessidade de uma maior qualificação por parte dos usuários e profissionais de saúde. Neste aspecto, torna-se fundamental a assessoria

técnica e política – de forma pontual ou cotidiana – com vistas a instrumentalizá-los e politizá-los acerca de questões referentes à saúde, apresentação de proposições que venham a fortalecer o projeto de reforma sanitária e visão crítica mediante propostas e discursos que trazem em seu bojo a defesa da lógica neoliberal através da reforma do Estado, ou melhor, da contra-reforma do Estado, que vem distorcendo princípios fundamentais do SUS como a universalidade, sucateando e privatizando os serviços públicos de saúde. (Bravo& Souza, 2002).

Cortes (1998) aponta como determinantes que influenciam o caráter da participação social nos conselhos: as mudanças recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde, que o tornou mais integrado, mais descentralizado e mais universalizado; a organização dos movimentos popular ou sindical na cidade; o relacionamento entre os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam nas unidade de saúde, e as lideranças populares e sindicais; as posições das autoridades federais, estaduais ou municipais de saúde em relação a participação; a dinâmica de funcionamento dos conselhos.

Nogueira (2004) considera necessário para o sucesso prático da gestão participativa a presença de alguns requisitos, que na maioria das vezes não são dados de antemão, mas que precisam ser construídos: uma cultura ético-política forte e em constante revitalização; decisões e orientações governamentais claras: projetos nítidos e consistentes e adequadamente comunicados.

Segundo Barros (1998), os Conselhos e Conferências não são os únicos espaços de ação para o exercício do controle social, apesar de serem os mecanismos fundamentais, visto estarem previstos em lei federal. Além deles, a autora considera outras instâncias que se acionadas podem ser consideradas enquanto espaços de exercício do controle social, que são:

- O **Ministério Público**, que “é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbida na defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (Rodrigues, 1996).
- **Órgão de defesa do consumidor**, como o PROCON, que não apenas se dedica ao consumidor de bens e objetos, mas também prevê a proteção ao consumidor de serviços: o mau atendimento nas unidades de saúde, as condições precárias de funcionamento dos serviços de saúde podem e devem ser notificados no PROCON (Barros, 1998).

- **Meios de Comunicação** Oficiais e Alternativos.
- **Conselhos Profissionais**, onde é possível que qualquer pessoa denuncie um mau atendimento no Conselho respectivo (Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, etc).

Tais instâncias podem auxiliar os defensores e destinatários da política pública na defesa dos seus direitos, portanto, serem parceiras na luta pelo controle social. Deste modo, o controle social é entendido não apenas como uma luta legal por um direito adquirido, mas como a potencialidade e a criatividade dos usuários na elaboração da política, por serem eles os que vivenciam no cotidiano a efetividade ou não dos serviços de saúde bem como as lacunas deixadas por eles e, portanto, sabem como deve ser uma política pública de saúde. (Bravo, 2001).

Nesse sentido, alguns autores que discutem e defendem o projeto de reforma sanitária brasileira apontam outras propostas de ação para o exercício do controle social em nível local, como a vigilância epidemiológica, o diagnóstico participativo e a capacitação técnica dos movimentos sociais e profissionais de saúde. Nessa direção, Costa e Noronha (2003:359-360), apontam outras alternativas de importância estratégica para a efetivação do controle social, que são: o voto sufragado na escolha dos governantes (executivo e legislativo) das diversas esferas de governo; o plebiscito criado pela Constituição Federal; o projeto de lei de iniciativa popular, criado pela Constituição Federal; mobilização popular, através dos mecanismos próprios das entidades populares e sindicais; e os meios de comunicação próprios dos conselhos; além das instâncias já sinalizadas por Barros, como o Ministério Público, os Órgãos de Defesa do consumidor e a mídia em geral.

Além desses, Bravo (2001:81) aponta a existência de outras propostas de ação pensadas, principalmente pelos movimentos populares que atuam no setor saúde, que passam pela via das discussões em colegiados, que são os casos dos conselhos de saúde não previsto na lei federal, lembrando que a mesma só prevê a existência de conselhos nos níveis federal, estadual e municipal, mas que representam canais de ampliação da democracia, que são:

- **Conselhos Comunitários de Saúde (CCS):** são fóruns de discussão, mobilização e articulação da sociedade civil. É o espaço “privilegiado para que a população faça discussões sobre as questões referentes à saúde na sua localidade, bem como elabore propostas a serem levadas e defendidas

em instâncias decisórias (Conselhos Distritais e/ou municipais)” (Bravo, 2001: 81).

- **Conselhos Distritais de Saúde (CODS’ s):** são conselhos organizados a partir dos distritos sanitários⁸, respeitando-se suas particularidades e proximidades regionais. A criação destes conselhos é considerada estratégica em municípios muito grandes, propiciando a discussão e elaboração da política de saúde em determinadas áreas de abrangência. Deste modo, torna-se necessária a articulação entre estes conselhos e destes com o conselho Municipal de Saúde, com vistas a garantia da totalidade da política de saúde. Tais conselhos são instituídos através de leis municipais.
- **Conselhos Gestores de Unidade (CGU):** são conselhos formados por unidade de saúde, tendo por objetivo aumentar as possibilidades de participação dos usuários na formulação e fiscalização das ações de saúde locais. É o espaço propício para a discussão dos problemas inerentes ao funcionamento da unidade. Assim como os conselhos distritais, é importante que se estabeleça uma articulação entre eles e entre eles e os conselhos municipais de saúde. São instituídos através de lei municipal.

Este estudo tem por objetivo analisar o exercício do controle social na saúde, através da experiência dos conselhos gestores de unidade no município de Duque de Caxias - RJ. Considera-se que tais espaços, apesar de não estarem previstos em lei federal, são fundamentais para a construção de uma esfera pública democrática. Difunde um novo paradigma de participação social na gestão pública que busca estabelecer novas relações “*entre espaço institucional e práticas societárias, não como polaridades que se excluem, mas como processos conflituosos que se antagonizam e se complementam, pondo em relevo a luta pela inscrição de conquistas sociais na institucionalidade democrática*”. (Raichelis, 1998:271).

O conselho gestor ou conselho diretor de unidade é uma instância colegiada, organizada por unidade de saúde, que possui caráter permanente, deliberativo e fiscalizador. É composto de forma paritária por representantes da direção e/ou administração da unidade, representantes dos profissionais de saúde e representantes da

⁸ Sobre a concepção de Distrito Sanitário consultar: **Mendes**, Eugênio Vilaça. *Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1994.

comunidade de abrangência da unidade. (Bravo et alli, 2001:85). Nesses espaços, faz-se a mediação entre a política adotada no município e a concretude dos serviços desenvolvidos nas diversas unidades de saúde.

A peculiaridade do conselho gestor de unidade, é que ele propicia a interação da população da área de abrangência da unidade de saúde com a unidade que presta o atendimento, exigindo uma adequação dos serviços às reais necessidades da população. Ao se constituir num canal de comunicação entre população e a unidade prestadora de serviços, o conselho gestor pode possibilitar a criação de uma nova cultura política em que os usuários passem a ser vistos enquanto sujeitos detentores de direitos e desse modo, devem influenciar na gestão dos serviços, devendo as decisões serem tomadas de forma negociada. Desse modo, torna-se um espaço embrionário de amadurecimento do processo democrático, cuja ampliação dependerá da sua articulação, aprofundamento e integração com outras instâncias de participação.

Abordar sobre os conselhos gestores de unidade, requer situá-los a partir da questão da transformação da concepção sanitária, vinculado a um modelo de assistência à saúde onde grupos sociais que compõem a paisagem⁹ de uma determinada região tornam-se sujeitos ativos da percepção e controle do processo saúde-doença, compreendido como determinado pelos componentes econômico, social, político e cultural.

A proposta dos conselhos gestores de unidade, insere-se no contexto de constituição de um novo modelo de assistência à saúde, que vem em contraposição a um modelo marcado pela rigidez, pelo tecnicismo e o autoritarismo, característicos dos modelos sob a hegemonia médico-curativo, guiado por interesses mercantis e centralizadora de poder. Na construção desse novo modelo é dada importância aos atores sociais envolvidos com as questões da saúde a um nível mais regional, onde o conceito de território adquire importância, não na sua concepção de apropriação como um espaço naturalizado e acabado, mas na sua concepção como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses contraditórios, de projetos e de sonhos. Ou seja, o território é mais do que uma superfície-solo, é um território econômico, político, cultural e epidemiológico. (Mendes et all, 1994).

⁹ “Paisagem e espaço não são sinônimos. A paisagem é o conjunto de formas que, num dado momento, exprimem as heranças que representam as sucessivas relações localizadas entre homem e natureza. O espaço são essas formas mais a vida que os anima.” (Santos apud Souza, 1998:43).

Nesse contexto, a redefinição das práticas de saúde e a organização dos serviços, deve se realizar em consonância com a especificidade e conhecimento da realidade local – tanto no referente ao quadro epidemiológico quanto à configuração dos sujeitos políticos –, nunca descolado do contexto mais amplo. O planejamento das ações sanitárias, deve ocorrer no nível local, contribuindo para o desenvolvimento de seres criativos capazes de uma leitura político-técnica da situação da saúde –descrever, compreender, explicar e propor intervenções e avaliar resultados, numa relação horizontalizada entre os diversos sujeitos sociais (direção da unidade, profissionais de saúde e usuários), através da construção de um espaço onde as diferenças ao nível do saber, coloca as questões da saúde num patamar de discussão mais democratizado. Onde a inter-relação desses distintos interesses, concepções e vivências, contribua para um modelo assistencial *“como um espaço técnico em que se faz uma intervenção política e um espaço político onde se faz uma intervenção técnica.”* (Paim, 1997).

A partir da década de 90, com a hegemonia do projeto neoliberal, passa-se a vivenciar um quadro de enxugamento das funções estatais, de contra- reforma do Estado e de agravamento da questão social, de pressão pela desregulamentação social e econômica. Tais fatores têm levado a uma inibição na consolidação da esfera pública e ameaçado as possibilidades de radicalização da cidadania nas práticas sociais. Neste contexto, observa-se que a afirmação da hegemonia neoliberal tem levado ao deslocamento dos espaços de representação coletiva para ações de grupos de pressão e de lobbies, com vistas a pulverizar a força dos movimentos sociais e enquadrá-los no âmbito da defesa de interesses corporativos, desqualificando-os e despolitizando-os.

O neoliberalismo leva a exarcebação do individualismo e da competição, que são os motores da lógica capitalista, desagregando os grupos organizados e minando com a perspectiva de direitos sociais universais. A reprodução da democracia está relacionada a constituição de sujeitos democráticos que reconheçam a si mesmos e aos outros como portadores de direitos, que se expressa na existência de direitos sociais a serem usufruídos pelo conjunto dos cidadãos de forma igualitária. Entretanto, em sociedades extremamente desiguais a constituição do si mesmo é privilégio que cabe a apenas àqueles que conseguiram alcançar a satisfação plena das suas necessidades através do mercado, enquanto o outro, se constitui, cada vez mais, de crescentes contingentes de pessoas desprovidas do direito à subsistência e, por fim, a formar parte da sociedade. O processo de focalização na saúde, expresso no fenômeno da universalização excludente, tem levado ao que Raichellis (1998:41) chama de “cultura assistencial”, que segundo

ela infantiliza, tutela e torna vulneráveis os segmentos mais pobres da população, impedindo-os de se constituírem como sujeitos portadores de direitos legítimos. Desse modo, o acesso dos usuários às unidades de saúde se dá pela necessidade, necessidade esta que os impede de comprar esses serviços no mercado. Assim, vê aquele serviço como um favor, e não como um direito de cidadania. Nesta perspectiva, democracia e desigualdade social são incompatíveis, pois como diz Borón (1995:75):

“Quando os pobres se transformam em indigentes e os ricos em magnatas, sucumbem a liberdade e a democracia, e a própria condição de cidadão – verdadeiro fundamento sobre o qual se apóia a democracia – se deteriora irreparavelmente. A liberdade não pode sobreviver onde o cidadão indigente está disposto a vendê-la por um “prato de lentilhas”, e um outro disponha da riqueza suficiente para comprá-la a seu bel-prazer. Nessas condições a democracia se converte em um ritmo farsesco e se esvazia de todo conteúdo.”

Segundo Schmitter (1997: 35), atualmente estamos vivenciando uma democracia que ele diz mais liberal, caracterizada pela:

“privatização das empresas públicas, a extinção de regulações estatais sobre as profissões, indústrias e serviços, a liberalização de fluxos financeiros, a conversão de demandas políticas em reivindicações baseadas em direitos, a substituição de direitos coletivos por contribuições individuais, a sacralização de direitos de propriedade, a diminuição do tamanho de burocracias públicas e emolumentos, descrédito dos “políticos” a favor de “empresários”, o fortalecimento do poder de instituições “técnico-neutras” como Bancos Centrais, às custas daquelas consideradas “tendenciosas e políticas.” Tais modificações, segundo o autor, levam a duas características em comum: a diminuição das expectativas populares em relação ao exercício das escolhas públicas, que acabam por dificultar a reunião das majorias para superar a resistência de minorias, principalmente as “bem entrincheiradas e privilegiadas.”

Nessa conjuntura, a questão da democracia comporta apenas a existência de um sistema político democrático baseado na competição político-partidário. Verifica-se a substituição das lutas coletivas efetivadas na década de 80 por lutas corporativas em defesa de grupos de interesses particulares e imediatos dos trabalhadores. As classes dominantes têm desenvolvido como ideário a americanização da sociedade brasileira, com vistas a neutralizar os processos de resistência por meio de estratégias persuasivas e desmobilizadoras da ação coletiva, visando o consentimento das classes subalternas. (Werneck, 1998).

Nesse contexto, a proposta de participação reaparece no discurso como uma alternativa de resgate da sociedade civil, em relação de co-responsabilidade e de divisão de tarefas com o Estado para resolução das crises econômica e social, distanciando-se da concepção gestada durante a década de 80.

Nesta disputa entre os projetos de democracia de massas e democracia restrita, torna-se questão fundamental a ênfase no debate da gestão democrática das políticas sociais, com vistas ao fortalecimento do projeto de democracia de massas, sendo uma estratégia de democratização social, econômica e política da sociedade brasileira.

É a partir desse quadro social, político e econômico mais amplo e seu impacto na política de saúde do município de Duque de Caxias, que esse trabalho propõe-se a identificar os determinantes que vem ocasionando entraves na efetivação do controle social, através da experiência dos conselhos gestores de unidade.

PARTE II

**ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DOS CONSELHOS GESTORES DE
UNIDADE NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS**

“A gente quer viver plenos
direitos
A gente quer viver todos os
defeitos.
A gente quer viver uma nação
A gente quer é ser um
cidadão”.

É, Gonzaguinha.

Capítulo 4:

A POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS E A PROPOSTA DOS CONSELHOS GESTORES DE UNIDADE

Este capítulo tem por objetivo apresentar o histórico da política de saúde no município de Duque de Caxias, destacando o protagonismo do movimento popular de saúde, na constituição de uma rede pública de saúde em consonância com o projeto de reforma sanitária. É a partir desse contexto, que será apresentada a proposta dos conselhos gestores de unidade.

4.1. Breve Caracterização da Baixada Fluminense

O município de Duque de Caxias, pertence a Região da Baixada Fluminense que integra a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, juntamente com os seguintes municípios: Magé, Seropédica, São João de Meriti, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Japeri, Belford Roxo e Itaguaí. (Secretaria Estadual do Rio de Janeiro).

A Baixada Fluminense localiza-se geograficamente em torno do município do Rio de Janeiro, capital do Estado. Em todos os municípios existem linhas de transporte rodoviário para o centro do município do Rio de Janeiro, além de grande parte dos municípios serem servidos pelo transporte ferroviário, tanto para passageiros como para cargas. Importantes rodovias cortam essa região, ligando a capital a outros Estados como a Via Dutra, que liga o Rio de Janeiro à São Paulo; a Washington Luís, ligando Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia; a BR-101 ou Rio Santos; além de rodovias que ligam a Baixada Fluminense ao centro e a zona sul da capital como Av. Brasil e Linha Vermelha. (Projeto Políticas Públicas de Saúde, 2001).

A Baixada Fluminense possui 3.286.849 habitantes, que representa 24% do total da Região Metropolitana. (Ministério da Saúde, 2004). Esta região apresenta diversas dificuldades em relação às condições de vida da sua população residente, decorrente do processo de ocupação desordenado e não planejado. Na década de 90, foram emancipados alguns municípios como: Belford Roxo, Queimados, Japeri e Mesquita de Nova Iguaçu e Seropédica de Itaguaí. Os municípios emancipados carecem ainda mais de uma infra-estrutura básica para oferecerem melhores condições de vida a sua população. (Projeto Políticas Públicas de Saúde, op.cit.).

A população de cada município segue no quadro abaixo:

Baixada Fluminense	
Município	População
Nova Iguaçu	750.487
Duque de Caxias	775.456
São João de Meriti	449.476
Belford Roxo	434.474
Nilópolis	153.712
Queimados	121.993
Itaguaí	82.003
Japeri	83.278
Seropédica	65.260
Mesquita	164.879
Magé	205.830
TOTAL	3.286.849

Fonte: IBGE, 2000

A Baixada Fluminense representa uma das regiões do país onde as pessoas são privadas do acesso aos bens e serviços essenciais, públicos ou privados. A região apresenta uma extrema carência em termos de desenvolvimento social e urbano: falta saneamento básico e abastecimento de água regular, o atendimento à saúde é precário, baixa oferta de empregos, e soma-se a isso a perversa situação de violência, onde a população trabalhadora é refém dos grupos de extermínio e das máfias ligadas ao tráfico de drogas. (idem).

As migrações, a explosão populacional, os loteamentos e a desruralização; desenharam a esquadrihada, mapeada e quantificada Baixada Fluminense. Na década de 70, diagnósticos e soluções surgiram sob a forma de Planos Diretores, zoneamentos, projetos de saneamento básico e propostas de construções de escolas, hospitais e moradias. Hoje, estimulados pela ausência de qualquer política habitacional, permanecem as empresas imobiliárias que legal ou ilegalmente ocupam o solo. E ainda grandes empresas como Bayer, empresas do Complexo Petroquímico de Duque de Caxias, Coca-Cola, Cervejaria Kaiser e outras que se instalaram na área através de incentivos fiscais com o oferecimento de vantagens econômicas, não trouxeram qualquer melhoria à área; pois não investem nos municípios e as vagas de empregos oferecidas são direcionadas à mão-de-obra especializada, pouco disponível na área. (ibdem)

Alguns municípios da região possuem vastas áreas rurais como Japeri, Seropédica, Itaguaí, além de alguns distritos de Nova Iguaçu e Duque de Caxias. Por outro lado, municípios como Nilópolis e São João de Meriti não possuem áreas rurais. (ibdem)

Quanto à saúde, a Baixada Fluminense dispõe de uma precária rede de serviços, onde somente 10% pertence ao setor público. O hospital da Posse é o centro de referência no atendimento de emergência na Baixada, assim como os hospitais do município do Rio de Janeiro. Em Duque de Caxias, foi inaugurado no final do governo Marcelo Alencar, o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, porém sem condições adequadas de funcionamento e com problemas de estrutura na obra da unidade. Quanto as unidades básicas em funcionamento, normalmente não possuem recursos suficientes para o atendimento da população. (ibdem).

4.2. A Formação Sócio-Política da Baixada Fluminense

Este subitem tem como objetivo analisar a formação sócio-política da Baixada Fluminense, com vistas a compreender a particularidade histórica da região. Para tanto, será trabalhado o período em que a Baixada Fluminense passará de uma decadente área agrária numa das maiores aglomerações urbanas do Estado. Paralelo a essa reincorporação urbana, será analisada a reformulação política que implicou no surgimento de personagens políticos como Tenório Cavalcante, e movimentos sociais como as lutas camponesas. Depois, será analisado o período que vai do golpe de 1964 aos dias atuais. A partir das transformações políticas implementadas pela ditadura, será analisado a formação do esquema de poder baseado na atuação de grupos de extermínio e a sua imbricação com os projetos políticos surgidos na pós-ditadura.

4.2.1. Antecedentes Históricos

A partir da segunda metade do século XIX, a Baixada Fluminense passará por um período de decadência, decorrente das modificações na sua estrutura de transporte (fluvial-marítima) associadas a um conjunto de mudanças em outros diferentes fatores.

Se por um lado, a intensificação na utilização dos rios reforçou a rede de portos existentes, por outro, começou a revelar a fragilidade e insegurança desse meio de transporte. Devido a grande devastação das matas às margens dos rios e nas terras de aluvião no sopé das serras e morros, o assoreamento dos rios e a elevação dos seus leitos tornaram-se irreversíveis. Assim, no período das secas a navegação em alguns

trechos tornava-se impossível, fazendo com que as mercadorias tivessem que ser levadas em canoas rasas e em alguns casos arrastadas à mão em pequenos sacos, empregando-se mais de 200 escravos e atrasando o tempo da viagem em 8 a 10 dias. Com o objetivo de solucionar esses problemas, há uma mobilização dos comerciantes para que fosse construída uma estrada de ferro que ligasse Vila Iguaçu à Baía de Guanabara. Entretanto, apesar do apoio do imperador, eles não conseguiram o capital necessário. Articulando interesses mais poderosos o Barão de Mauá, percebendo a importância do uso do caminho que cruzava a serra na altura de Petrópolis e chegava ao porto de Estrela, por ser o caminho mais rápido e seguro, cria em 1854 a primeira estrada de ferro do Brasil, que ligava o porto de Mauá à fazenda de Fragoso e depois à Raiz da Serra. Com isso, a política econômica dos transportes vai ganhar dimensões que trará alterações para toda a região.

Na região será montada uma estrutura ferroviária que, buscando o interior fluminense e os planaltos mineiros e paulistas, lançará seus primeiros tentáculos para a consolidação do porto do Rio na rota da exportação do café. Os lucros adquiridos pelo Barão de Mauá com sua obra ferroviária, chamou a atenção do imperador, ao mesmo tempo que fazia os negociantes ligados ao porto de Estrela caírem no esquecimento. Com a continuidade da linha férrea até Petrópolis e além dela, faz com que a passagem de mercadoria por Iguaçu também caia em decadência. O sucesso do empreendimento do Barão do Mauá anima o imperador, no sentido da dinamização do transporte ferroviário, fazendo com que ele sancione a construção de uma ferrovia, em 1852, que passará a ser construída em 1855, com o nome de Estrada de Ferro Dom Pedro II (atual Central do Brasil).

A partir daí, o eixo econômico e comercial da região que se constituiu em torno das ramificações fluviais entra em rápida decadência. Nesse processo, nas vilas as casas eram demolidas para a venda dos materiais, ou simplesmente eram abandonadas. Ao contrário do Rio de Janeiro que crescia junto com os capitais drenados para o seu porto, a Baixada Fluminense tornava-se uma região desnecessária, visto que a circulação de mercadorias não dependia mais de seus portos, transformando-a numa zona de passagem rápida. Junto com os trilhos somavam-se o antigo processo de destruição ambiental, que se dá não apenas devido a extração da lenha para os dormentes, mas principalmente por que os trilhos eram construídos num nível bem mais elevado que o terreno original, favorecendo a formação de pântanos, visto que os rios por não serem mais navegáveis deixaram de ser obstruídos e limpos. (Alves, op.cit.).

Nesse contexto, inicia-se uma epidemia de cólera na região, que perduraria por 23 anos, consolidando o processo de deterioração da Baixada. Nos 15 primeiros dias a doença matou 121 pessoas, sendo as vítimas na sua maioria escravos que trabalhavam no transporte fluvial. Junto com a cólera veio também a malária, em dimensão ainda maior, que conforme Alves (op.cit. pg.43), *“passou a congregar como a verdadeira rainha dos pântanos.”*

Esse quadro de crise agrícola vai tomando dimensões ainda mais desesperadoras, visto que além das epidemias, passa a ocorrer uma fulga da população estimulada também pela falta de alimentos e seu alto preço. Com a mudança do eixo econômico do café para o Vale do Paraíba e depois para São Paulo, tanto os escravos como os trabalhadores livres seguirão esse eixo. Também, a cana de Campos terá grande poder de atração. Devido a esses movimentos, a cultura de subsistência se reduzirá a padrões insignificantes, não apenas na Baixada mas em todo o estado. Apenas quando essa crise atinge as finanças do estado, em consequência da superprodução do café levar a redução dos seus preços e, evidentemente, a diminuição das receitas públicas, é que a Baixada volta a ser pensada como área de interesse econômico e político para o governo. Desse modo, vai ser criada a 1ª Comissão de Saneamento para a Baixada, pelo governo de José Thomaz da Porciúncula (1892-1894), apesar de tardia demais para uma solução rápida, visto que dos 17.800 km² da região, 8 mil eram constituídos de pântanos e mangues imprestáveis. É a partir desse período que a questão do saneamento da Baixada é transformada em grande tema e mito político, pois a exemplo do combate à seca do Nordeste, o saneamento servirá de justificativa para a miséria da região e para a obtenção de recursos, que ao invés de servirem para drenar os pântanos acabavam sendo canalizados para os escoadouros do dinheiro público. (Alves, op.cit.pag.44).

4.2.2. De 1930 a 1960

No período entre o início dos anos de 1930 e o início dos anos 60, a Baixada Fluminense passará pelo processo de reocupação populacional, pela reincorporação loteadora, bem como por transformações econômicas que se processarão dentro dos moldes urbanos. A paisagem será uma das primeiras coisas a sofrer modificações junto com a velocidade e a condensação dessas mudanças. Seu crescimento demográfico assumia dimensões inimagináveis. Na sede do município de Nova Iguaçu, entre 1922 a 1940 ocorre um aumento populacional de 273%. Em 1950 esse aumento chega a 305% na década. Um índice bem acima do registrado na cidade do Rio de Janeiro, que foi de

53%. Em outros distritos da Baixada também haverá um alto índice de crescimento populacional entre 1940 e 1950: Inhomirim, com 423%; Vila de Cava, com 306%; Queimados, com 372% e Duque de Caxias, com 226%. Belford Roxo teria a sua população triplicada, passando de 7.434 para 23.750 (Alves, op.cit.pag.62). Para abrigar essa massa urbana, houve a extensão das suas fronteiras, que chegaram aos limites atuais por volta de 1940. A partir daí ocorre mais um adensamento do que um avanço dessa onda urbanizadora. Os fatores de atração eram os 12,3% dos migrantes que chegavam ao Rio de Janeiro entre 1930 e 1950, juntamente com a evasão dos pobres dos centros cariocas. As obras a partir de 1930, do Serviço de Saneamento da Baixada Fluminense; a eletrificação da Estrada de Ferro Central do Brasil, a partir de 1935; a tarifa ferroviária única no Grande Rio; a construção da Avenida Brasil, em 1946; a criação do Serviço de Malária da Baixada Fluminense, em 1947; e a abertura da Rodovia Presidente Dutra, em 1951, associavam-se às medidas de valorização das áreas centrais da cidade do Rio de Janeiro e sua conseqüente expulsão dos mais pobres para as áreas mais longínquas, destacando-se a construção da Avenida Presidente Vargas, em 1944 (Alves, op.cit.)

Nesse processo, as prefeituras municipais para abrigar a vaga populacional através dos loteamentos, terão como atrativos a cobrança de taxas mínimas para aprovação das plantas das obras, que eram impressas e fornecidas pela municipalidade. Também, havia uma tolerância das construções clandestinas, havendo uma legalização geral de forma esporádica e com intervalos longos (idem).

Entre as ferrovias e rodovias principais e secundárias, vão se adensando diversas construções. A formação longitudinal, margeando os trilhos do trem, relacionado ao baixo custo do preço das passagens ferroviárias, que eram vinte vezes mais baratas do que as rodoviárias, darão lugar a uma ocupação transversal. Porém havia um limite. O preço da terra às margens das rodovias era altíssimo, até mesmo para a instalação de indústrias, devido a especulação imobiliária. Também, a topografia colaborava para o estabelecimento de núcleos populacionais esparsos e isolados. O que era lucrativo para os empresários rodoviários e para os que estimulavam a ocupação dos espaços intermediários.

A atração para os investimentos industriais na Baixada, que se dava ao longo da rodovia Presidente Dutra, era a dos incentivos fiscais oferecidos pelo antigo estado do Rio para reverter a queda da receita tributária. Os municípios recém-emancipados de Nova Iguaçu, Duque de Caxias, em 1943; Nilópolis e São João de Meriti, em 1947,

também irão realizar suas políticas de atração de investimentos através de impostos mais baratos. Tal política de insenção fiscal torna-se possível visto o aumento significativo das suas arrecadações, pós-emancipação.

Apesar da explosão urbanizadora e seus impactos na economia da região, sobretudo para os cofres públicos, as condições de vida dos seus habitantes permaneciam deterioradas. Além das precárias condições dos transportes, outros serviços básicos, de competência do Estado, encontravam-se extremamente reduzidos. Em 1950, apenas 19% dos domicílios possuíam abastecimento de água a partir de uma rede geral. Dez anos depois, 26% da população tinha acesso a água encanada. Também, nesse mesmo ano pode-se constatar, que apenas 10% dos domicílios eram servidos por uma rede de esgoto. Dos índices da Baixada, os do município de Duque de Caxias eram os piores. Em 1950, o abastecimento de água era 8%, tendo esse índice reduzido ainda mais em 1960, que passou a ser de 4% dos domicílios. Quanto a rede de esgoto, ela simplesmente inexistia no município. Tal questão fez com que o médico da cidade, Dr. Moacyr do Carmo, acabasse por declarar no início do verão de 1956 que por falta de higiene, de recursos econômicos e, principalmente de água, haviam morrido 150 crianças em 15 dias, mostrando apenas o lado mais escandaloso de uma saúde pública abandonada, que se tornaria um imenso mercado para os negócios das empresas privadas de saúde. Quando no final dos anos 50, com o surgimento de uma grande discussão na cidade sobre a construção do primeiro hospital, onde haviam suspeitas de que alguns médicos influentes impediam a realização das conversações, em pró dos interesses das casas de saúde. Além deles, os políticos locais também eram acusados de ter participado desse grupo (Alves, op.cit.pag.67).

Quanto a renda dos trabalhadores da Baixada, a mesma encontrava-se bastante comprometida com três gastos fundamentais: o pagamento da prestação dos lotes; a autoconstrução habitacional e a alimentação. Em 1970, 45% dos que trabalhavam na região recebiam até um salário mínimo.

As transformações ocorridas na Baixada Fluminense, no período de 1930 até o início de 1960, não se restringiram à realidade urbana, mas o mundo rural, diretamente relacionado à vaga loteadora, também passará por transformações fundamentais na nova configuração assumida pela região. Nesse período, inicia-se uma tendência na área rural da Baixada, de fragmentação de propriedades e de redução da área média para cada estabelecimento, que 65 ha., em 1940, passaria para 35 ha, em 1960. Também, ao mesmo tempo em que as grandes propriedades estavam nas mãos de

administradores, outras categorias como o arrendatários e os posseiros aumentavam a sua presença.

Assim, ao mesmo tempo em que as terras da Baixada estavam mudavam de mãos, elas recebiam lavradores que passavam a expandir a lavoura, acrescendo à sua área de cultivo mais de 27.663 há, de 1950 a 1960.

Além disso, a vocação agrícola da Baixada Fluminense fracassara, com a produção de alimentos ficando 35% menor, entre 1940 e 1950, ao mesmo tempo em que sua população urbana aumentava de 37,5% para 47,5% e, em 1960 chegava a 60%. Tais mudanças eram produzidas, em grande parte, pelos loteamentos, e atrás do lucro que produziam surge uma figura nova no campo que era o grileiro. Eles se apoderavam de terras alheias através de documentação falsa e despejavam os lavradores mediante recursos que iam das ações judiciais à utilização da violência de policiais e jagunços, operando uma profunda ruptura nas relações entre proprietários e lavradores.

Em final dos anos 50, eclodirá um movimento de resistência por parte dos pequenos produtores (posseiros), quando se intensificam os despejos. Na sua origem estava não apenas uma reação aos grileiros e aos despejos, mas a atuação de lideranças camponesas, sobretudo, ligadas ao Partido Comunista Brasileiro (PCB). Já em 1948, em Nova Iguaçu, havia sido criada a Sociedade dos Lavradores e Posseiros de pedra Lisa, cujo fundador foi José Teodoro, que mais tarde seria assassinado por grileiros. Um ano depois, em Duque de Caxias, José Pureza organizava a formação de uma comissão para defender os lavradores das pressões dos grileiros. Em 1952, após despejos na fazenda São Lourenço e ameaças a lavradores da área de Capivari (Duque de Caxias), a mobilização vai encaminhar-se para a criação da Associação dos Lavradores Fluminenses (ALF), presidida por Manoel Jerônimo.

Tais instituições tinham suas atuações restritas às regiões onde surgiram, o que só se altera quando sobre a base da ALF é criada a Federação das Associações de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Estado do Rio de Janeiro, a FALERJ. A mesma surgiu, a partir de uma resolução aprovada na I Conferência dos Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Estado do Rio de Janeiro, consolidando as lutas que vinham ocorrendo. Tais lutas consistiam de manifestações e passeatas nas cidades, apelos às autoridades, denúncias nos jornais, ações judiciais e idas à Câmara e à Presidência da República. Entretanto, a principal reinvenção nos anos 50 foi a obtenção de terras mediante do usucapião. Entretanto, no final da década de 50, visto a ineficácia do usucapião, ele é substituído pela desapropriação enquanto principal

bandeira de luta. Essa mudança de estratégia também estava relacionada a conjuntura nacional de debates de reforma agrária e ao cumprimento das propostas de campanha feitas por Roberto Silveira (PTB), que fora eleito em 1959 para o governo do estado numa ampla coligação de forças, incluídas as esquerdas.

Em decorrência dos conflitos crescentes, passa a acontecer resistência armada por parte dos lavradores. No final de 1963 é criada a Comissão Parlamentar de Inquérito das Terras, devido ao acontecimento no Imbé, onde fazendeiros impediram os lavradores de ocupar as terras e, em meio ao confronto um lavrador é morto e o Técnico da Superintendência de Polícia Agrária (SUPRA), que fazia as medições das terras, é espancado e preso.

A Baixada Fluminense se transforma num “barril de pólvora” devido a intensificação das lutas camponesas, fazendo com que as ocupações de terras, que até o início da década de 60 nem sequer fossem mencionadas, passe ao primeiro plano das ações dos lavradores. Com isso, as desocupações de terras aumentam o seu número. O governo estadual, no período de 1959 a 1963, decretou, 18 desapropriações sendo 11 delas na Baixada. O governo federal, a partir de 1963, decretou 10 desapropriações, das quais apenas duas não eram na Baixada. Nesse período, diversos episódios de violência, tanto da parte dos proprietários quanto da dos camponeses vão acontecer. Além disso, o poder judiciário passa a endurecer sua relação com as mobilizações camponesas, havendo juizes que passam a tratar os lavradores com hostilidade.

A politização da luta pela terra, o surgimento das mobilizações dos camponeses, sobretudo com as ocupações, as desapropriações e a criação da FALERJ, e as repostas dadas pelos proprietários, governos e poder judiciário, são uma das faces das mudanças produzidas pela reincorporação da Baixada. Posterior aos investimentos públicos na região, a onda loteadora provoca mudanças nas relações preestabelecidas nas mais diversas esferas. A grilagem da terra, tanto significou uma ruptura dos laços de dominação anteriores, como o estabelecimento de novas demarcações de terras, que nem sequer o estado sabia a quem pertencia. Além dos camponeses, os trabalhadores urbanos também sofrerão com a segregação espacial que se constituíam na Baixada, através dos processos de aproximação ou afastamento do núcleo metropolitano estabelecidos pelos transportes coletivos e pelos loteamentos. Entretanto, os posseiros eram os grupos mais duramente castigados, visto que ao perderem a sua terra eram separados do seu instrumento de sobrevivência e do seu modo de vida e de trabalho.

De acordo com Alves (op.cit.,p.74), com a disputa pelas terras na Baixada, promovida pelas empresas imobiliárias loteadoras, o recurso à violência havia se ampliado, deixando de ser de uso quase exclusivo dos donos do poder local. Entretanto, com as mobilizações camponesas ela vai adquirir a característica de uma luta entre segmentos sociais, ampliando ainda mais o seu uso. Proprietários e lavradores justificarão o uso da violência como meio de garantir a defesa ou conquista das suas propriedades enquanto grupos organizados politicamente. Evidentemente, que nesse embate, os proprietários obtinham vantagem, devido não somente a sua melhor capacidade de se armarem, mas também pela possibilidade de utilizarem a violência oficial, juridicamente acionada, como também através da formação de grupos armados sob o seu comando, onde a política entrará como prestadora de serviços.

Sendo assim, ainda segundo o autor, a violência que antes era empregada de modo pontual, comum em confrontos localizados e restritos a certos grupos da sociedade, vai progressivamente, passando a ser utilizada como estratégia pelas classes populares para a obtenção dos seus interesses. Pela primeira vez na Baixada Fluminense, a violência assumiria tais proporções e significados.

A partir do processo de reocupação populacional da Baixada Fluminense, a elite política da Baixada Fluminense também passará por transformações. Da decadente região da Primeira República, a Baixada às vésperas do golpe militar de 1964, tornar-se-á a área de maior concentração eleitoral do estado, conhecendo mudanças profundas na recomposição na estrutura do poder local, ainda que persistam antigas práticas políticas.

Com o voto universal, após 1930, a reciprocidade do coronelismo vai se impondo. De um lado, os chefes locais que conduzem as tropas de eleitores; do outro, a situação política dominante no estado que dispõe do erário, dos empregos, dos favores, das forças policiais, enfim dos recursos para a manutenção do poder local. Nesse processo, o favor e a violência serão instrumentos empregados no controle dos dependentes, no convencimento dos rebeldes e na destruição dos inimigos. Com isso, os delegados e subdelegados de polícia passarão a ser cada vez mais valiosos, enquanto prestadores de serviços do estado para com os correligionários municipais, onde são empregados para atrapalhar as oposições, acobertar a perseguição aos inimigos políticos, negar favores e impedir direitos dos adversários. (Alves, op.cit.,p.80).

A Revolução de 30 e a era Vargas trarão mudanças nesse cenário político, não tanto pela ruptura com as práticas do coronelismo, mas pelo estabelecimento que

passa a ter com as massas urbanas, transformando a Baixada num paraíso político. Tais mudanças podem ser expressas através da trajetória de dois políticos emergentes à época na região: Getúlio de Moura e Tenório Cavalcanti.

Entretanto, a trajetória política de Tenório Cavalcanti, dentre os quadros políticos que emergiam na região, tornou-se a mais rica em detalhes e mais significativa. Devido a sua importância para a história política da Baixada, e especialmente para Duque de Caxias, onde se tornou um mito, será dado destaque a sua trajetória política.

4.2.3. Tenório Cavalcanti: entre o clientelismo e a violência

Tenório Cavalcanti se destaca na história política da Baixada, e especialmente de Duque de Caxias, visto ser a figura que melhor encarna aquilo que é a peculiaridade da cultura política na região: a simbiose clientelismo e violência, como mecanismo de consolidação do poder político.

Em 1926, Tenório Cavalcanti sai do Estado de Alagoas em direção ao Rio de Janeiro. Ao chegar aqui, procurou seu tio e padrinho, o deputado Natalício Camboim de Vasconcelos, iniciando a rede de relações que determinaria, em grande parte, seu futuro na Baixada. Através dele ele passa a se relacionar com Hildebrando de Góes, diretor do Departamento de Portos, Rios e Canais, e responsável pelo processo de saneamento da Baixada Fluminense. Hildebrando consegue para Tenório uma vaga de controlador de ponto, nas obras da estrada Rio - São Paulo, e depois o recomendou a Edgar de Pinho, cunhado do ministro das Relações Exteriores do governo de Washington Luis, Otávio Mangariva. Tenório é convidado a administrar uma fazenda de Edgar de Pinho, em Duque de Caxias, em 1927, quando o município ainda pertencia à Nova Iguaçu. É através desse trabalho, segundo Paulo (1998:34), que Tenório passou a se envolver em sucessivos choques armados, em decorrência dos conflitos camponeses pela posse da terra na região, sendo daí que surge o mito dele ter o “corpo fechado”, não podendo ser ferido pelos seus inimigos. Assim, o controle de um grupo de homens armados acabou sendo útil para aumentar o seu prestígio, tanto entre os seus subordinados, quanto aos de melhores posições levando a que passasse a ser requisitado para dar proteção a políticos e pessoas influentes. Também, na mesma época, tornar-se o responsável pela construção da estrada Rio-Petrópolis no trecho que as cortava.

Em decorrência da escalada de confrontos armados entre Tenório e outros por terra e poder, o que culmina com a presença da polícia e o acirramento dos conflitos, Edgar de Pinho acaba por demiti-lo receoso do impacto que isso poderia ter para os

seus negócios. Com a indenização recebida, Tenório torna-se dono de uma casa de construção e madeiras, passando a constituir em poucos anos um significativo patrimônio. Também, casa-se com Walquíria Lomba, filha de influente comerciante e sobrinha-neta do coronel João Bittencourt, antigo prefeito de Nova Iguaçu, que acaba por ampliar sua rede de relações com as famílias que controlavam o poder local. A transformação de Edgar de Pinho em compadre, após o nascimento da sua primeira filha, nada mais era do que o desdobramento dessa projeção. (Alves, op.,cit.p.83).

Em 1936, inicia a sua vida política elegendo-se vereador pela União Progressista Fluminense – um importante partido local - representando o distrito de Duque de Caxias na Câmara de Nova Iguaçu. Anteriormente, havia participado com Pinho do movimento pelo retorno à constitucionalidade após a Revolução de 30, fazendo com que o início da sua vida política se dê pela via da oposição ao governo Vargas, questão em grande parte determinada pelo seu vínculo com aqueles que foram atingidos pela Revolução. O impacto dessa oposição fez-se sentir rapidamente: foi preso antes de ser vereador, acusado de um atentado contra Getúlio Vargas; passou pelo processo de cassação do seu mandato, em 1937, quando após um flagrante, em que a polícia para incriminá-lo, havia posto em seu carro materiais de propaganda subversiva e armas.

Em 1945, com a decadência do Estado Novo, Tenório Cavalcante filia-se à União Democrática Nacional (UDN), através do qual vence às eleições para deputado estadual em 1947. É nesse período, que tendo que se relacionar com seu inimigo político, o então deputado Agenor Barcelos Feio, que Tenório inicia a fase das “sessões fantasmas” da Assembléia. A discussão entre os dois ficava no limiar da ofensa verbal e da troca de balas, obrigando os demais membros a terem que se esconder abaixando-se. Nesse período, ele torna-se o primeiro parlamentar do Brasil a andar com armamento pesado. Valendo-se de uma capa preta, dada de presente por um amigo, passou a carregar consigo uma metralhadora apelidada de “Lurdinha”. Embaixo da capa ocultava-se também, o colete de aço que sempre utilizava. Segundo Amaral Peixoto, que fora seu maior adversário no período do Estado Novo, Tenório tinha licença especial para carregar esse aparato, que era extensa também aos vários homens que trabalhavam pra ele, que foi dada por seu conterrâneo, o general Pedro Aurélio de Góis Monteiro, chefe militar da Revolução de 30, duas vezes ministro da Guerra e chefe do Estado-Maior do Exército. (Alves, op.cit.,p.87).

Em 1950, Tenório elege-se para Deputado Federal, tornando-se o quarto colocado entre os udenistas fluminenses. Por trás dessa ascensão política estava o clientelismo na

produção de votos. O então advogado e deputado federal havia montado um escritório em cima da garagem da sua casa. No local funcionava um serviço de atendimento que em poucos anos seria composto por três secretários e 30 atendentes, que dividiam as filas por assuntos: emprego, comida, documentos, problemas familiares.

Tenório Cavalcanti adquire projeção nacional em 1953. Tal fato é decorrente, não tanto do seu mandato federal, mas pela explosão da violência na disputa local, que terá como ápice o assassinato do delegado Albino Imparato, onde depois de incriminado por Amaral Peixoto, é aberto um inquérito policial sendo ele acusado, juntamente com seu cunhado, de ter sido mandante do crime. Em menos de uma semana, o delegado Wilson Frederici consegue junto ao juiz um mandado de busca e apreensão na casa de Tenório. Sua casa foi cercada por mais de 50 policiais com o objetivo de capturar os assassinos. Valendo-se da sua imunidade parlamentar Tenório recorre ao congresso, fazendo com que horas depois políticos influentes ligados ao seu partido fossem procurar Amaral Peixoto, em Niterói, pedindo para que suspendesse a ordem judicial. Tal episódio chega ao fim, com a chegada do deputado Nereu Ramos e o Ministro da Fazenda Osvaldo Aranha na casa de Tenório, suspendendo a operação, sendo entregues à polícia apenas dois de seus empregados acusados de cumplicidade no atentado.

Os efeitos dessa projeção nacional leva Tenório Cavalcante a se reeleger Deputado Federal em 1954. Também vai contribuir para sua estratégia eleitoral, a criação em fevereiro desse mesmo ano do jornal Luta Democrática, onde Tenório era apresentado como o herói destemido, de capa preta e metralhadora. Um paladino da defesa do povo. Mas é evidente que sua maior contribuição foi a explosão demográfica da Baixada Fluminense, onde se constituía sua base eleitoral.

Em 1958, mas uma vez é reeleito deputado federal, com o apoio do PSD. Nesse ano, Juscelino repassaria uma soma de recursos da LBA para a assistência de famílias vítimas por uma enchente em Duque de Caxias. Com esses recursos Tenório constrói o bairro Vila São José, lá instalando famílias e faturando politicamente. No entanto sua guinada para a esquerda se daria de forma acelerada. Em 1960 lançava-se como candidato ao governo da Guanabara, dividindo o eleitorado populista que votaria no candidato do PTB (Partido Trabalhista Brasileiro) e, favorecendo a eleição de Carlos Lacerda (UDN). Sete meses depois, compareceria às manifestações do primeiro de maio ao lado de Luis Carlos Prestes, indo posteriormente se alistar no Exército da Legalidade pela posse de Jango. Passaria a adotar como palavras de ordem a reforma agrária, o combate ao imperialismo e o apoio às manifestações e movimentos

reivindicatórios dos operários e camponeses. Assim, os comunistas antes inimigos, passavam a ser tratados como aliados. Em 1961, Tenório Cavalcante candidata-se ao governo fluminense pelo Partido Social Trabalhista (PST), onde o PCB na ilegalidade abrigava os seus candidatos.

Nesse processo, Tenório Cavalcanti muda de estratégia para aquisição de votos. Favorecido pela sua experiência na formação de grupos armados, passa a apoiar as lutas camponesas na Baixada, visto perceber a importância desse novo setor no cenário político. Ele passa a estimular as ocupações, que eram promovidas por seus homens, que invadiam terras sob o comando de Paulo Valente. Depois traziam os posseiros e Tenório, em Brasília, iniciava a pressão para a desapropriação das terras e sua entrega aos lavradores. Entretanto, esse apoio aos comunistas articulados na FALERJ, não era isento de conflitos entre a entidade e Tenório, visto como mais um a querer manipular as lutas camponesas tendo em vista seus projetos políticos e clientelistas.

O golpe militar de 1964 cassaria o mandato de Tenório Cavalcante, tendo como justificativa os últimos gestos da sua trajetória política. Tentou retornar à política como situacionista, pela Arena e depois pelo PDS, mas sua tentativa de sobreviver politicamente foi infrutífera.

Assim pode-se resumir a vida política de Tenório Cavalcanti e a sua importância para a Baixada Fluminense, com a seguinte citação de Alves (op.cit.)

“A trajetória política de Tenório Cavalcante, seus percalços e dilemas, exemplifica de forma contundente, a passagem da dominação política oligárquica e rural, que tinha no coronelismo sua sobrevivência, para outra, calcada no clientelismo, no populismo e na disputa eleitoral. O fato de ter existido como uma emergente máquina política, à margem das grandes máquinas clientelísticas existentes, explica o custo elevadíssimo dessa empreitada, caracterizada pela forma violenta de disputas. Tenório é, por assim dizer, a encarnação da violência que se legitima pela pretensão de entrar num campo político que se reestruturava a partir das mudanças sociais que experimentava. Pondo-se no mesmo nível do aparato repressivo formado pela polícia local, a perpetuação do seu projeto dependeu de vários fatores, entre eles o seu poder de ação e reação violenta, e a projeção nacional do seu nome, via conquistas políticas. A combinação desses elementos marcará para sempre a história política dessa região até os dias atuais, e a associação entre política e violência se perpetuará na Baixada como uma característica imutável. Ela estará presente na consolidação dos grupos de extermínio dos anos sessenta.” (Alves, op.cit.,p.92).

4.2.4. A Ditadura Militar de 1964 e a Baixada Fluminense

A ditadura militar ao longo do seus 20 anos, estabeleceu uma reestruturação política na Baixada Fluminense, que teve por objetivo suprimir, enfraquecer ou cooptar as forças políticas de oposição que existiam ou que viessem a surgir. Utilizaram como estratégias a cassação de prefeitos e vereadores, o fechamento e ocupação de câmaras e prefeituras, a imposição de interventores e a pressão para o ingresso no partido governista. Inicialmente eram os próprios comandantes militares que envolviam-se nesse processo, mas posteriormente, serão as novas configurações do poder local que passaram a operar os mecanismos para a preservação da nova geopolítica regional. (Alves, 2003:101).

Em 1966, Nova Iguaçu, considerada a oitava cidade em termos demográficos, tornar-se-á o símbolo da interferência militar na Baixada. Nesse ano, após a renúncia do seu prefeito e vice-prefeito, sob a alegação de motivos pessoais, assume o presidente da câmara, José Lima. Depois de 41 dias foi nomeado o interventor federal Joaquim de Freitas, que cumpriu todo o seu mandato. Em 1967, através de eleições, assume o prefeito Ari Schiavo (MDB), que seis meses depois é afastado pela câmara¹⁰ Durante toda noite do dia anterior a cassação, os vereadores permaneceram na 1ª Companhia de Polícia do Exército, com o capitão José Ribamar Zamith, que era quem articulava pessoalmente o processo de afastamento. Assim, dos 19 vereadores, 18 votaram conforme o combinado com o capitão.

Por volta de 1968, o então prefeito Antônio Joaquim Machado passa a ser acusado de corrupção devido a operações comandadas pelo seu próprio filho dentro da prefeitura. Para se manter no cargo, ele ingressará na Arena e aceitará a tutela administrativa dos militares. Entretanto de nada adiantou, pois todos do seu gabinete pedem exoneração, todos os vereadores tornam-se seus opositores. Isso leva a câmara a impedir a sua manutenção no cargo executivo e assume o cargo o presidente da câmara, Nagi Amalwi. Em fevereiro de 1969, Rui Queirós é nomeado interventor no município. Assim, no período de 1963 à 1969, Nova Iguaçu conheceu oito chefes do Executivo.(Alves, op.cit.,p.102).

Em São João de Meriti, a interferência militar foi diferente mas não menos eficaz. Em 1968, ocorre a primeira cassação, que parecia ter sido por uma manobra do vice-

¹⁰ Esse episódio é resultado do Decreto Lei n° 201, do ex-presidente Castelo Branco, que permitia a cassação sumária de prefeitos pelas Câmaras, a partir de denúncias de corrupção e malversação de verbas públicas. (Alves, 2003:101).

presidente do MDB local, o deputado federal Ário Teodoro, para conter a ascensão eleitoral do seu colega. Entretanto, em 1970, ocorre a segunda cassação e apesar do prefeito ter se filiado à ARENA, a prefeitura e a câmara foram submetidas a um Inquérito Policial Militar, que ao final levou a cassação do mandato do prefeito e dos 11 vereadores, que também tiveram seus direitos políticos suspenso por 10 anos. Assim, é empossado como interventor federal no município, João Batista Lubanco.

No ano de 1970, Nilópolis se tornaria a peça chave da nova configuração política da Baixada. Um deputado estadual do município, Jorge David, torna-se o porta-voz do capitão José Ribamar Zamith, nos comentários da Vila Militar sobre a política da região. Assim, quando da cassação do prefeito João Cardoso não será surpreendente a presença na primeira-secretaria da câmara e como depoente principal contra o prefeito seus dois primos-irmãos, Miguel Abraão e Aniz Abraão David. Desse modo, inicia-se uma conjugação entre o poder militar, poder familiar e a contravenção, que se tornará a fórmula mais acabada de controle político no período militar. (Alves, op.cit.,p.104).

Em 4 de junho de 1968, Duque de Caxias, é transformada pela Lei 5449 em Área de Segurança Nacional, visto a existência em seu território de uma rodovia interestadual e a refinaria de petróleo (REDUC) consideradas estratégicas. Assim, perde o direito de eleger seu prefeito, sendo seu primeiro interventor, o general Carlos de Medeiros, o primeiro na lista dos nomeados que o sucederão até 1985.

Em 1972, a Baixada Fluminense, menos Duque de Caxias, se preparava para um novo processo eleitoral, onde os candidatos governistas ganham as eleições, com exceção de São João de Meriti onde quem ganha é a oposição.

Nas eleições de 1976, ocorre uma alteração no mapa eleitoral da região, apesar de se confirmar o situacionismo e a nova estrutura de política dominante na região. Emerge em Nilópolis, uma nova liderança do clã Abraão David, que passaria a operar a fusão entre a polícia e a contravenção de forma inusitada. O banqueiro do jogo do bicho, Aniz Abraão David, o Anísio, engajava-se sem comedimento, na política, com vistas a eleger seus primos Simão Sessim e Jorge David, que se tornariam respectivamente, deputado federal e estadual. Além disso, ele apoiou a candidatura vitoriosa do delegado Péricles Gonçalves, pelo PMDB, que anos antes havia recebido elogios das associações comerciais da Baixada, por ter vencido a guerra contra o banditismo. Assim, esse novo ator político expressará a nova fase da relação da contravenção com a política de forma direta. Além disso, ele voltava-se para a extrema direita dos arenistas e delegados da “linha-dura”. (Alves, op.cit.,p.106).

Os anos de interferência militar na política local da Baixada Fluminense, produziu um rearranjo dos mecanismos de poder anteriores. Se no passado as máquinas clientelistas partidárias eram quem estabeleciam o controle direto sobre a Secretaria de Segurança na nomeação de delegados e, conseqüentemente, no controle das atividades ilegais (contravenções, lenocídio, jogatina, violência) agora, era a própria ditadura militar que assumiria esse controle. Entretanto, a interferência direta na cassação de opositoristas cede lugar à mediação construída pela concessão da ilegalidade e dos mecanismos de repressão aos grupos vinculados ao situacionismo. Desse modo, há uma retomada, em outras bases, dos mecanismos que consagraram figuras como Tenório Cavalcante e Getúlio de Moura, cuja diferença encontrava-se na administração militarizada desses mecanismos, com destaque, sobretudo, para a Polícia Militar.

Em 1978, com o surgimento de diversas manifestações de populares e vereadores a favor das diretas já em Duque de Caxias. A Federação de Associações de Moradores de Nova Iguaçu (MAB) mobilizou 2500 pessoas para uma assembléia exigindo do prefeito prestação de contas e audiências públicas. Em 1981, a mesma entidade organiza uma caminhada até a prefeitura com vistas a entregar uma carta aberta da população, denunciando a calamidade do serviço público. Entretanto naquele ano, várias ameaças de explosão de bombas, casos de espancamento, violações de correspondências e visitas com interrogatórios estranhos, passaram a atingir as principais lideranças tanto dos movimentos de bairros como da Igreja Católica. A autoria desses casos era de um autodenominado Comando Delta.

Desse modo, a intervenção militar no poder local da Baixada chegava ao seu fim radicalizando algumas das suas principais práticas, o terrorismo e a ilegalidade. Utilizaram-na contra os setores sociais, que pela primeira vez ao longo de 20 anos, haviam se insubordinado frente ao aparato de dominação montado para esfacelar as oposições e instalar seus aliados à frente de máquinas clientelísticas e dos mecanismo ilegais de obtenção de recursos.

Ao longo dos 20 anos a ditadura militar utilizando-se do aparelho policial rearranjará a estrutura de poder local da Baixada, não apenas com cassações de opositoristas ou pressões para que mudassem de partido, mas consolidando uma rede de execuções sumárias fundada na ilegalidade da ação de agentes policiais e na prestação dos seus serviços para os grupos dominantes locais.

O final dos anos 60, mas principalmente a década de 70, corresponde ao período de surgimento e consolidação daquilo que se convencionou chamar de esquadrão da

morte. Tal expressão, mas do que significar a concepção de um grupo de matadores ligados à polícia e respaldados pela ditadura militar, correspondia a algo que a partir dessa base inicial tornava-se cada vez mais complexo e revelador de uma rede muito maior de relações e interesses. Na Baixada Fluminense esse padrão de violência, que dará à região sua característica mais peculiar, terá diversas faces. Inicialmente, o destaque era para a violência policial, progressivamente, ela vai se concentrando nos casos de execuções determinadas por interesses de terceiros: comerciantes, traficantes e outros, com policiais surgindo como membros dos grupos de extermínio. (Alves, op.cit.).

4.2.5. A Baixada Fluminense nas décadas de 80 e 90

As eleições de 1982 iniciará a uma “onda brizolista” na Baixada Fluminense. Seu impacto se fez sentir mais forte nas câmaras municipais. Em Nova Iguaçu, dos 33 vereadores, 15 seriam do Partido Democrático Trabalhista (PDT). Em São João de Meriti, o PDT teria 12 vereadores num total de 22. Duque de Caxias e Nilópolis seguiriam a mesma tendência. Entretanto, para os cargos majoritários, o PDT teria uma vitória relativa. Conquistaria a vitória das Prefeituras de Nova Iguaçu e São João de Meriti, mas em Nilópolis a vitória seria de Miguel Abraão, pelo PDS, perpetuando o clã dos Abraão David, enquanto que em Duque de Caxias, ainda Área de Segurança Nacional, a ditadura articulava a reestruturação política, com a escolha em maio de 1982, de Hydekel de Freitas para prefeito biônico. Genro de Tenório Cavalcante, ele iniciou sua carreira política em 1963 pelo extinto Partido Republicano. Após o golpe de 1964, abrigou-se na ARENA, onde conquistou prestígio junto aos militares. Assim, construiu-se o elo entre o regime e o poder local, perpetuando, sob novas bases, o velho esquema tenorista. (Alves, op.cit.,p.108).

O voto brizolista refletia a maior proximidade que o partido teve dos anseios da populares e tendo um caráter oposicionista. Os prefeitos eleitos tinham sua vitória adquirida devido a propostas voltadas para as áreas sociais como saúde, educação e saneamento; e a simples origem social e política de ambos evidenciava uma ruptura com a estrutura de poder até então vigente. Após o intervalo autoritário, população da Baixada Fluminense apostava no trabalhismo, cujo voto simbolizava o resgate de um passado e esperanças e a expectativas em torno de mudanças e reformas sociais.

No entanto, verificar-se-á uma ausência do campo político mais a esquerda, como era o caso do Partido dos Trabalhadores (PT), com sua militância nos movimentos

sociais e relações com os setores mais progressistas da Igreja Católica voltados para as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e pastorais sociais, só conseguira eleger um vereador em Nova Iguaçu. Contudo, o mesmo não ocorreu no movimento reivindicatório e popular que passariam a se desenvolver. A década de 80 conhecerá o surgimento de um forte movimento social que, além das redes de comunidades católicas, terá nas federações das Associações de Bairros sua face mais visível. O Movimento de Amigos de Bairros (MAB), de Nova Iguaçu; o Movimento União de Bairros (MUB), em Duque de Caxias; e a Associação de Bairros e Moradores (ABM), em São João de Meriti, passariam a articular um conjunto crescente de associações de moradores em torno de demandas sociais voltadas para a obtenção de equipamentos públicos urbanos. Em 1984, tais federações organizavam uma passeata do Centro do Rio de Janeiro até o Palácio Guanabara, com a presença de duas mil pessoas, com o objetivo de cobrar do governador Leonel Brizola tudo o que ele deveria aplicar, dos recursos enviados pelo governo federal ao estado, no saneamento básico da região. Em meados dos anos 80, o MAB agrupava 170 associações de moradores e o MUB 100, revelando uma mobilização popular sem precedente na história da região (Alves, op.cit.,p.109).

Em relação a Igreja Católica, a Diocese de Nova Iguaçu consolidava o seu modelo pastoral com forte envolvimento nas questões sociais, tendo a sua frente o Bispo Dom Adriano Hipólito. Em Duque de Caxias e São João de Meriti, a Diocese iniciava a sua organização em torno de comunidades e pastorais populares, embora já tivesse conhecido na Paróquia do Pilar, na periferia de Duque de Caxias, um importante precedente desse modelo de igreja. A frente da Diocese encontrava-se Dom Mauro Morelli.

As atitudes do brizolismo frente a esse crescente movimento social eram dúbias. Por um lado, Brizola declarava-se defensor do povo trabalhador da região, do reconhecimento do abandono pelo poder público e do caráter predatório da iniciativa privada; mas por outro, cooptava lideranças locais emergentes, fazia aliança com setores por demais comprometidos com os modelos de dominação local e utilizava antigas estratégias eleitoreiras e clientelísticas, cujo ápice foi a distribuição espacial e a obtenção de vagas dos CIEPs. Apesar dessas contradições, a “onda brizolista” continuou seguindo seu rumo na Baixada, com a vitória em Duque de Caxias, que deixara de ser Área de Segurança Nacional, do prefeito pelo PDT, Juberlan de Oliveira, no ano de 1985. Contudo, a vitória de Juberlan não conseguiu esconder a crise pelo

qual o partido vinha vivendo nas prefeituras conquistadas anteriormente. A derrota de Darcy Ribeiro ao governo do estado, em 1986, expressará, portanto, não apenas os efeitos do plano cruzado ou da estratégia de campanha de Moreira Franco (PMDB), mas também estavam presentes as decepções de promessas não cumpridas, as contradições frente as reivindicações populares e o descrédito diante da corrupção dos prefeitos eleitos. Assim, em 1988, com o fracasso das administrações de Juberlan em Duque de Caxias e de José Cláudio em São João de Meriti, além do afastamento de Paulo Leone da prefeitura de Nova Iguaçu, após a nomeação do vice-governador Francisco Amaral para interventor, consumaram a decadência do brizolismo na Baixada Fluminense.

Nas eleições de 1988, o PDT dará demonstração de que apesar da sua crise ainda conseguia manter alguns espaços na região. Seu número de vereadores diminuiu, entretanto conseguiu se manter à frente da prefeitura de Nova Iguaçu, com Aluisio Gama. Em Nilópolis, prossegue o clã dos Abraão David, com a vitória de Jorge David para prefeito. Em Duque de Caxias, Hydekel de Freitas, ex-biônico, torna-se prefeito pelo voto direto. Já o PT, conseguira aumentar para dois, o número de vereadores eleitos em Nova Iguaçu, além de ter conseguido eleger para deputado estadual, em 1986, Ernani Coelho.

Em 1990, Leonel Brizola elege-se mais uma vez ao governo do estado, dando um novo fôlego ao PDT na Baixada Fluminense. Nas eleições de 1992, consegue eleger os prefeitos em Nova Iguaçu e Nilópolis. Neste último município, a vitória de Manoel Rosa, o Neca, ganhava conotação de ruptura, visto a derrota de Miguel Abraão David (PFL), que além de inusitada produzia uma rachadura no bloco do poder local em Nilópolis. Neca tinha sua origem política no clã dos Abraão David, mas sua vitória fragilizava a dominação estabelecida.

Em Duque de Caxias, prossegue o esquema que se desdobrava com Hydekel de Freitas, que deixara a prefeitura para se tornar senador na vaga de Afonso Arinos, do PFL. Em seu lugar ele deixa José Carlos Lacerda, seu vice, como estratégia de ampliação e diversificação do seu poder. Lacerda, que construiu sua trajetória política como oposição ao regime militar, estabelecia assim, alianças para o seu futuro na Baixada. Ambos apoiariam Moacir do Carmo como candidato a prefeito nas eleições seguintes, numa relação mais eleitoreira do que política, visto que Moacir resguardava um passado de médico respeitado e ex-prefeito, além dos votos que lhe davam razoável autonomia.

No início da década de 90, a Baixada Fluminense será palco de um novo rearranjo da geopolítica da região. Emancipam-se três ex-distritos de Nova Iguaçu: Belford Roxo, Queimados e Japeri, o que possibilitaria a redistribuição do poder entre os grupos que vinham se consolidando. Os três novos prefeitos, além de não serem eleitos pelo PDT, não fugiam às antigas estruturas de clientelismo da região. Recordando, os tempos da implantação de novas empresas políticas, tão bem exemplificada na figura de Tenório Cavalcanti, um dentre os três prefeitos será acusado de reeditar o recurso à violência como mecanismo de fazer política. Trata-se de Jorge Júlio Costa dos Santos, o Joca, eleito com 65% dos votos em Belford Roxo. (Alves, 2003:112).

Segundo Alves (op.cit), a trajetória política de Joca estaria estreitamente ligada a violência. Trabalhava como carroceiro, fez carreira assaltando caminhões de carga e abastecendo com os produtos roubados de comerciantes locais, que o apoiavam em troca de proteção. Além de 1989, com a prisão de alguns membros de um grupo de extermínio da região, deixada evidente também a sua relação com os esquemas de execuções. Entretanto, ele jamais foi condenado. Durante a campanha ele fez funcionar sua máquina eleitoral, montada quando se tornou vereador, em Nova Iguaçu. Distribuía bolsa de alimentos, brinquedos, serviços gratuitos de saúde e ensino, e transformou o local conhecido até hoje, como Piscina do Joca, no seu grande Centro Social. Durante a campanha eleitoral seu opositor, consegue junto ao governador quatro seguranças permanentes ao seu lado, visto a afirmação de que vinha recebendo telefonemas e cartas anônimas com ameaças de morte, além de ter Kombis depredadas e assessores agredidos. Contudo, não teve a mesma sorte um comerciante dono de botequim, que foi assassinado com vários tiros, e de acordo com apurações realizadas por um jornalista, decorrente do fato de ter se recusado a utilizar a sua influência local a favor da candidatura de Joca. Entretanto, o prefeito de Belford Roxo não estava sozinho nas acusações do uso da violência, visto que Carlos Moraes, em Japeri, anos depois agrediria a socos e coronhadas um vereador do PL, ameaçando-o de morte caso continuasse com as críticas ao aumento da taxa de alvará. (Alves, op.cit.,p.113).

Enquanto as reconfigurações do poder da Baixada prosseguiam, outros mecanismos do poder local sofriam suas restrições, com a criação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), para averiguar as acusações realizadas contra a Comissão de Orçamento do Congresso, que encontraria em Nova Iguaçu um dos principais líderes do esquema de derrame de subvenções sociais, Fábio Raunheitti deputado federal pelo PTB. Ele inaugurava, portanto, uma nova fase dos esquemas de

poder na região, que tinha por base a operação de um esquema que retirava milhões dos cofres públicos da esfera federal para aplicá-las em instituições de ensino e saúde, cujo caráter social era incontestável. Se não fosse, a descoberta da CPI e a sua perda do mandato de deputado federal, Raunheitti, manter-se-ia insuspeito e a opera esse fabuloso escoadouro privado dos recursos públicos.

Em Duque de Caxias emergia José Camilo Zito dos Santos, o Zito, cuja trajetória política mostrava o seu investimento no antigo binômio clientelismo e violência. Sua trajetória política inicia-se em 1987, pelas mãos de Iveraldo, na época fiscal e depois juiz de paz, que o apresentou à Messias Soares. Guarda Municipal, estabeleceu sua base política no bairro Dr. Laureano e nos demais bairros vizinhos, localizados no primeiro distrito do município. Filiado ao Partido Progressista Republicado (PRR), elege-se vereador, em 1988, apoiado pelo prefeito Hydekel de Freitas. Nesse seu primeiro mandato de vereador, cria o Centro Comunitário Dr. Laureano, que contava com quatro médicos e quatro ambulâncias, tendo como coordenador seu irmão Waldir Zito. Em 1992, é reeleito vereador, tornando-se Presidente da Câmara. A partir daí, vincula-se ao prefeito Moacir do Carmo que o indica para candidato à prefeitura nas eleições de 1996 e elegendo-se pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), derrotando a liderança mais expressiva das décadas anteriores: Hydekel de Freitas.

Em 1993, Zito, é acusado pelo assassinato de Ary Vieira Martins, subsecretário de serviços públicos, dentro da garagem da prefeitura, que segundo a principal testemunha do caso, o guarda municipal Sidnei Tavares, fora ocasionado pela briga entre ambos pela utilização das máquinas da prefeitura. Sua prisão preventiva foi decretada e ele é detido nas dependências da Câmara Municipal. Foi protegido por seu amigo e principal articulador político, Heleno Augusto, juiz de Paz, que em finais da década de 90 elege-se deputado federal, com o apoio de Zito, como um dos mais votados no estado. Dias após sua saída da prisão, os desembargadores da I Câmara Criminal do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, autorizavam a sua liberdade. Com isso, a promotora Tânia, da Comarca de Duque de Caxias, que foi quem solicitou sua prisão preventiva, torna-se sua principal inimiga e passaria a andar sob a proteção de seguranças armados. Em 1994, Zito é convidado por Marcelo Alencar a entrar no PSDB e a candidatar-se a deputado estadual. (Marques, 2003).

No início da década de 90, final da década brizolista na Baixada Fluminense, assiste-se a uma rápida estruturação de um outro conjunto de forças aglutinadas em torno da legenda do PSDB. Seus principais interlocutores na região eram Joca e Zito,

ambos com históricos de violência, fazendo com que essa nova legenda passe a se calcar nas mesmas práticas que haviam consolidado a UDN e Tenório Cavalcanti. Entretanto, com Joca essa relação era mais pessoal e direta, visto que ele pertencia ao Partido Liberal (PL), que se formalizou com a coligação do seu partido com o PSDB, que indicou o seu vice-prefeito. Já a relação com Zito era mais orgânica e institucional, tendo sido ele eleito presidente do Diretório Municipal do PSDB, no dia do sepultamento de Ary Vieira. Com ele, ressurgem o personalismo, clientelismo e a violência, com toda a sua capacidade de convencimento e imposição. Contudo, a diferença entre o PSDB e a UDN, é que esta última surgira como um partido, embora conservador, de oposição. Diferença esta que se torna expressa através dos inúmeros outdoors espalhados por Caxias, tendo Fernando Henrique Cardoso, candidato à Presidência da República, Marcelo Alencar, candidato á governador do estado, e Zito, candidato à deputado estadual, abraçados.

Desse modo, após a primeira metade da década de 90, conviviam na Baixada diferentes projetos políticos que se aproximavam tanto pelo clientelismo como pelos mecanismos ilegais de ação: os Abraão David, com a eficiente fusão da contravenção com o carnaval e com o clientelismo político; o grupo liderado por Raunheitti, com a distribuição de vagas nas escolas e creches, e oferecendo consultas e operações médicas gratuitas, tudo financiado com as irregularidades das subvenções sociais do Congresso; e Joca e Zito, combinando pavor e medo, numa retomada situacionista do “homem da capa preta”. (Alves, 2003:116). Assim, o brizolismo sobrevivia na região, através do prefeito de Nilópolis, Neca, muito mais como uma estratégia eleitoral e política do que como uma força de resistência. O PT, os movimentos sociais e as CEBs, mostravam a sua grande fragilidade, mantendo o PT com seu único vereador em Nova Iguaçu e sem os dois deputados estaduais que não se reelegeram, e sem a mesma força mobilizadora dos anos 80. Sua crise, visível no desgaste produzido pelas disputas internas de poder, tanto nas federações das associações de bairros como dentro do próprio partido, produzindo a fragilidade frente aos mecanismos de poder dominantes. A Igreja Católica, com a sua guinada conservadora, resultado da onda neorracionalista cujo impacto religioso se deu sob a forma do pentecostalismo do movimento carismático, redefinindo suas práticas e ações políticas. Sua expressão mais cabal foi a substituição de Dom Adriano Hypólito, após três décadas à frente da Diocese de Nova Iguaçu, por Dom Werner Seibenbrock, ex-bispo auxiliar do Rio de Janeiro ligado as forças conservadoras da Igreja.

O momento de decadência das forças mais a esquerda no espectro político da Baixada dava-se em paralelo á consolidação do atual projeto neoliberal na região, a partir das cinzas do brizolismo. Junto com as eleições de 1996, aproximavam-se também, novas mudanças no cenário político. A Baixada Fluminense, frente ao esgotamento econômico e político da cidade do Rio de Janeiro, passará a ser definida como nova fronteira econômica e política do estado do Rio de Janeiro, tornando-se cada vez mais estratégica para a economia política do poder. Como novo pólo de desenvolvimento via seus altos índices de violência longe dos meios de comunicação, agora voltados para as favelas e zona Sul cariocas.

Os marcos das mudanças econômicas, sem dúvida, foram a construção da Linha Vermelha e a da Via Light; a instalação de várias empresas na região, tais como a do CODIN, do Pólo Gás Químico, os jornais “O Globo” e “Extra” em Duque de Caxias; a criação do Pólo Industrial de Queimados, do Shopping Grande Rio em São João de Meriti e da Rede de Supermercados Carrefour nas maiores cidades da região.

Os jornais de maior circulação passaram a anunciar a Baixada Fluminense, com manchetes do tipo “Comércio aposta no futuro”; acompanhada por “Baixada terá sete Shoppings Centers” ou “Tudo do Bom e do melhor”, indicando um aumento do padrão de consumo na região e que também se tornava necessário investimentos em infraestrutura para essa nova demanda. Assim, surgem manchetes como “A ordem é urbanizar” e, ainda aquelas referentes aos investimentos industriais. (Marques, 2003:11).

O PSDB, partido político que se mantém no poder nacional por quase uma década, mantinha uma hegemonia política tanto no âmbito do governo estadual, quanto nas prefeituras da Baixada Fluminense, principalmente com Zito, em Duque de Caxias, beneficiado pelo projeto “Baixada Viva” e pelas obras de despoluição da baía de Guanabara, ambos do governo estadual; Nelson Bournier em Nova Iguaçu, ex-secretário especial para a Baixada; Joca, que após seu assassinato em 1995, é substituído pela sua esposa Maria Lúcia, em Belford Roxo; e, Antônio de Carvalho, em São João de Meriti.

Em 2000, Zito, na tentativa de montar uma oligarquia na Baixada, lançando sua filha como candidata à prefeitura de São João de Meriti, o que foi impedido pela justiça Eleitoral; lança seu irmão, Waldir Zito, como prefeito de Belford Roxo, saindo vitorioso derrotando Maria Lúcia; e sua esposa, Narriman Zito, à prefeitura de Magé, que também sai vitoriosa.

Por sua vez, os prefeitos eleitos da Baixada, aproveitando-se desse novo momento da região, procuram deixar as marcas da sua administração, não como a implantação de políticas públicas inovadoras, mas pintando os espaços públicos com as cores do partido a qual pertenciam, dando um novo significado para a região que ficou conhecida pela “ditadura das cores” ou criando logomarcas, que podem ser exemplificadas com a “Felizcidade” de Duque de Caxias, governada por Zito; a “Cidade do Amor” e “Cidade do Progresso e do Respeito” como Joca e Mair Rosa, em Belford Roxo; a “Pequena Notável” Nilópolis; Mesquita com a “Cidade da Paixão”; a “Cidade da Esperança” de São João de Meriti; e a “Nova Magé”, de Narriman Zito.

Paradoxalmente, a região divulgada como progresso de desenvolvimento, apresentava na década de 90 elevados índices de bolsões de pobreza. Em 1991, o Instituto de Pesquisa e Planejamento (IPPUR), lança o “Mapa da Exclusão Social”, apontando que a Baixada Fluminense, que possui 26% do total da população do estado, seus habitantes tinham um rendimento em torno de um salário mínimo. Em 1995, de acordo com os dados do “Suplemento Especial Pró-Baixada”, a região era o quarto maior mercado consumidor do país, contudo, 15% de sua população economicamente ativa recebia menos de meio salário mínimo e a média salarial era de um salário mínimo. Isto demonstra uma alta concentração de renda e de condições de consumo para uma pequena parcela da população local; e 10% da sua população era analfabeta. Também destaca-se os problemas de saúde, os ambientais provocados pela REDUC; pelo BCH, ou “Pó de Broca”, na Cidade dos Meninos; e pelo Aterro Sanitário de Jardim Gramacho, esses três último localizados em Duque de Caxias. (Marques, 2003:13).

4.3. Um breve histórico da constituição da rede de serviços públicos de saúde no município de Duque de Caxias¹¹

¹¹ Este item baseia-se, fundamentalmente, nos dados contidos no Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias: Uma Proposta do Movimento Popular, elaborado em 1994 com a assessoria da Equipe da Escola de Serviço Social, do Programa Contra a Miséria e Pela Cidadania – Inserção da UFRJ.

A história da constituição da Rede de Serviços Públicos de Saúde no município de Duque de Caxias, assim como de toda a Região da Baixada Fluminense, é caracterizada por um lado, pela influência do setor privado, por uma assistência de baixa complexidade e pela má qualidade, bem como pela falta de controle público dos serviços prestados; e, por outro, pelo protagonismo da sociedade civil organizada na implantação de uma Rede Pública de Saúde coerente com os princípios da Reforma Sanitária.

No Brasil, até o início da década de 60, a prestação dos serviços de saúde se dava através dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que eram organizados por categorias profissionais reconhecidas oficialmente pelo Estado. Cabia aos trabalhadores informais e autônomos, assim como aos não empregados, os serviços de saúde filantrópicos, universitários e alguns serviços municipais.

Em Duque de Caxias, até 1967, a assistência pública à saúde era prestada por quatro desses Institutos de Aposentadoria e Pensão, no entanto, apenas o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB) possuía ambulatório próprio e os demais institutos mantinham convênio com a rede privada, somando um total de 7 Casas de Saúde privadas conveniadas para prestação de atendimento nas clínicas básicas e alguns médicos credenciados. Havia ainda o SAMDU – Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência, que era mantido pelos diversos institutos e que atendia à população independentemente da categoria ou vínculo empregatício.

A Prefeitura mantinha um serviço de biometria, para exames admissionais e parciais dos seus funcionários, além de um convênio com uma Casa de Saúde também para o atendimento dos seus funcionários.

Com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) em 1966, que unificava os Institutos de Aposentadorias e Pensões, há um pequeno aumento na oferta de serviços no município. Em 1967, foi comprado um terreno para a construção de uma sede própria do INPS e assinado um primeiro convênio com o SASE, para onde foi transferido parte do serviço de Pronto Atendimento. Em 1972, quando já existiam 14 Casas de Saúde conveniadas, foi assinado um convênio com o SESI, e o SAMDU ganha novas instalações. (Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias, 1994).

Ainda em 1966, assume a Prefeitura de Duque de Caxias um antigo e conceituado pediatra do município, Dr. Moacir do Carmo, numa campanha marcadamente de oposição ao governo federal e que contava com o apoio do governo estadual. Ele

promete criar hospitais e postos de saúde para o atendimento da população carente que não tinha acesso a previdência.

Em 1969 e 1970, são inaugurados, respectivamente, o Hospital Geral de Duque de Caxias (HGDC) e o Hospital Infantil Ismélia da Silveira (HIIS) em prédios doados por instituições filantrópicas e reformados para esse fim.

A “comunidade” é convocada para ajudar na reforma e personalidades locais contribuem financeiramente. Os profissionais contratados para trabalhar nessas unidades eram indicados pelos proprietários das Casas de Saúde privadas, dando-se preferência aqueles que já atuavam no município. Tais profissionais cumpriam uma carga horária pequena em troca de baixos salários.

Essa intrínseca relação entre o público e o privado, acabou por tornar “natural” o sucateamento do setor público em prol da rede conveniada, prática que se intensificou na década de 80, quando duas principais Casas de Saúde privadas cresceram muito, acabando por dar origem à AMIL.

Em 1970, a prefeitura desapropriou terrenos para a construção da sede do Centro de Saúde e a criação de seis Sub-Postos em outros distritos: o processo de contratação de pessoal se deu nos mesmos moldes da dos dois hospitais, sendo que os sub-postos sempre funcionaram precariamente havendo casos em que permaneciam sistematicamente fechados, apesar de terem profissionais lotados e recebendo pelo atendimento.

Desse modo, a rede de serviços de saúde no início da década de 70 era constituída de: 2 hospitais; 1 Centro de Saúde; 6 Sub-Postos; 14 Casas de Saúde conveniadas; o SAMDU, que prestava serviço de pronto-atendimento; convênios com o SESI e o SASE, para atendimento ambulatorial; e, médicos credenciados.

Em 1974, foi lançado, pelo INPS, o Plano de Pronta-Ação (PPA) cujo desdobramento na região desembocou no “Projeto Baixada”. Para Duque de Caxias, o projeto propunha disponibilizar para a Previdência toda a rede de serviços médico-hospitalares existentes no município “desde que em condições adequadas”; integrar os serviços do estado e do município; equipar os postos do INPS fazendo-os funcionar em três turnos de segunda à sexta e um aos sábados; estimular reformas para a ampliação das clínicas privadas com recursos do FAS (Fundo de Assistência ao Desenvolvimento Social) – este investiu nacionalmente 20,5% dos seus recursos no setor público e 79,5% no setor privado – e incentivar o surgimento de empresas médicas.

Grande parte das propostas foram realizadas. O número de leitos contratados foi aumentado, tornando Caxias o município com a maior rede de serviços contratados da Baixada Fluminense, concentrado no primeiro distrito. Foram criados 4 PAMs (o PAM 403 e 404 funcionavam no mesmo endereço, sendo que um deles, o PAM 402, um posto de urgência). No PAM 403 estavam lotados as especialidades cirúrgicas, sendo por isso, chamado de “junta cirúrgica”, enquanto que no PAM 404, havia o atendimento nas especialidades clínicas com 76 consultórios e uma farmácia próprios do INPS, embora localizados em prédios alugados. O número de leitos contratados aumentou de 444 para 1450 em 16 Casas de Saúde. Além desses, haviam 26 serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, médicos e alguns ambulatorios credenciados. A contratação de médicos para os PAMs se deu através de concurso público, iniciando uma maior separação entre o público e o privado. (Plano Municipal de Duque de Caxias, 1994).

No segundo distrito, o INPS optou pelo convênio com o Centro Comunitário Aurimar Pontes localizado no Bairro do Pilar, que também credenciou outro ambulatorio no terceiro distrito. Este centro foi construído com recursos da Igreja Católica e da comunidade e “apropriado” por esse médico que passou a cobrar uma “taxa” da população, além da carteira do INPS. Essa taxa chamada de bitributação motivou as primeiras lutas do movimento popular contra o setor privado.

Foi firmado um convênio com a Prefeitura para a utilização dos dois hospitais em atendimento ambulatorial e de emergência, porém o convênio com o Estado só se concretiza 10 anos mais tarde, com as AIS (Ações Integradas de Saúde).

Apesar da relativa ampliação da oferta dos serviços, os problemas continuaram. Apesar dos convênios, não havia integração entre os serviços, concentrados no primeiro distrito, a dificuldade de fixação de profissionais era grande e o controle sobre o setor privado precário.

O “Projeto Baixada” também analisava a dificuldade da fixação dos profissionais e propunha a melhoria das condições de trabalho para a fixação dos novos concursados. A Secretaria Estadual de Saúde também enfrentava a mesma dificuldade no preenchimento das vagas nos Centros de Saúde, Postos e Sub-Postos da região, chegando a optar pela vinculação ao município no momento da inscrição dos concursos. Tal estratégia não funcionou, ocorrendo em Caxias um número menor de inscritos do que as vagas, que continuaram sem ser preenchidas. Tal dificuldade, é

provavelmente desde desse período o maior problema para o funcionamento da rede de saúde da região.

A partir de 1978, conforme apresentado no item anterior, começaram a ser organizadas as primeiras associações de moradores, tendo como base as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) da Igreja Católica. No final de 1979, ocorreu a primeira assembléia do MUB (Movimento União de Bairros), onde a saúde foi discutida como um dos maiores problemas locais. Em 1980, o MUB participou do I Encontro Popular de Saúde do Rio de Janeiro, na Cidade de Deus, levando as reivindicações de Duque de Caxias.

A partir de 1981, os movimentos dos médicos vieram reforçar a organização popular. Neste ano, a Campanha da Fraternidade da Igreja Católica, teve como tema “Saúde para Todos” estimulando as CEBs do município a discutirem o assunto. Esta campanha é referida como um marco na organização popular do município. Data daí a denúncia feita pela pastoral da Saúde do bairro do Pilar (periferia do município) e pela Associação de Moradores de Campos Eliseos, de que o Centro Aurimar Pontes - instituição privada conveniada ao INAMPS- vinha praticando a bitributação, ou seja, cobrando duas vezes pelo serviço de saúde – ao INAMPS e ao segurado.

O Movimento Pró-Saúde – criado através da unificação da comissão de saúde do MUB, pastoral de saúde e movimento dos médicos e outros profissionais de saúde – promove em 1983 o I Encontro Popular de Saúde na Praça do Pacificador.

Nos 10 anos que sucederam o PPA (75-85), nenhum outro investimento foi realizado na rede de saúde do município. A relação entre o setor público e o setor privado tornava-se cada vez mais imbricada, prevalecendo o sucateamento das unidades públicas para o encaminhamento de pacientes para as clínicas e médicos credenciados, inclusive com a quebra e boicote à manutenção dos aparelhos. É nesse período, que duas das casas de saúde mais cresceram dando origem a AMIL. (Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias, 1994).

No nível nacional, os planos e projetos do INPS/INAMPS se voltaram para experiências pilotos baseadas nos “cuidados primários de saúde” (PIASS – Programa Integrado de Ações de Saúde e Saneamento, além do PREVI –Saúde) e em seguida pelo CONASP –Comissão Nacional de Reestruturação da Assistência a Saúde da Previdência Social, que reorganizava a assistência hospitalar, através da criação da AIH (Autorização de Internação Hospitalar), e ambulatorial (PAM como referência para os encaminhamentos, pagamentos por GAP – Guia de autorização de pagamento a

prestador). Nesse período, como um dos programas do CONASP surgem as AIS (Ações Integradas de Saúde) .

Em novembro de 1984 é assinado o Termo Aditivo do convênio das AIS em Duque de Caxias. A partir deste deveria ser criada a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), instância de planejamento em nível municipal, composta de representantes das instituições conveniadas, o Secretário Municipal de Saúde e o Coordenador da Medicina Social do INAMPS, sendo previsto também a participação de entidades associativas e comunitárias.

A representação dos usuários na CIMS deveria ser do Conselho Comunitário da Previdência Social, reconhecido oficialmente pelo MPAS, a partir da organização dos movimentos locais.

Nesse processo, é criado o Conselho Comunitário de Saúde (CCS) visando garantir a participação dos usuários do sistema de saúde na CIMS. Ele foi criado pelos representantes da Igreja Católica, que também integravam o Movimento Pró-Saúde. Tal fato aconteceu, devido a um “racha” no interior do movimento, ocasionado pela divergência entre institucionalização X autonomia do movimento popular. (Gouveia, 1999).

Entretanto, até o final de 1985 a Comissão Municipal de Saúde praticamente não funcionou e havia questionamento, da parte da Secretaria Municipal de Saúde e do Chefe do Órgão local do INAMPS – ambos vinculados ao setor privado – quanto a representação popular nesse fórum¹². Apenas a diretora do Centro de Saúde, representante da Secretaria Estadual de Saúde, se aliava ao movimento popular e queria que a CIMS funcionasse.

Diante da composição avessa ao movimento popular e vinculada ao setor privado, no segundo semestre de 85, as assembléias do CCS priorizaram a discussão de estratégias de mudança na composição da mesma. O primeiro passo foi pedir a demissão do chefe do órgão local do INAMPS. Com isso pretendiam fazer funcionar a CIMS para então poderem discutir e implementar o “Plano de Saúde do Movimento”.

Nesse plano reivindicaram a transformação dos sub-postos em postos, a construção de um hospital público no segundo distrito, a hierarquia entre postos, centro de saúde e hospitais, a fiscalização do setor privado com melhoria de qualidade e até descredenciamento.

¹² É importante ressaltar que o Ministério da Previdência e Assistência Social legalmente reconhecia a participação popular na Comissão Municipal de Saúde.

Nessa luta, o CCS sempre se deparou com a dicotomia público/privado, traçando como seu objetivo estratégico a contestação do privado em prol do público. A discussão da qualidade vinha como um argumento a mais na briga com os serviços conveniados.

As denúncias eram reforçadas com números: 90% do dinheiro que vinha para o município vinha para o setor privado. Colocavam em discussão também o sucateamento do HGDC e do HIIS e a forma de funcionamento do PAM/PU voltada para o encaminhamento de pacientes para os serviços conveniados como estratégias montadas para manter os 90% nas mãos do setor privado.

O primeiro serviço a ser descredenciado foi o Centro Aurimar Pontes. Todas essas denúncias, manifestações e descredenciamentos abalaram a estrutura do setor privado, que apesar das pressões dos seus parlamentares não conseguiu impedir a queda do chefe do serviço de medicina social do INAMPS, sendo indicado para o cargo Dr. Walter Maribondo nome de consenso entre os assessores do INAMPS, técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Comunitário de Saúde.

Em dezembro de 1985, para a sustentação de Walter Maribondo no cargo, o CCS realiza seu I Encontro Popular pela Saúde de Duque de Caxias.

Tal encontro cumpre com o seu objetivo e, paralelamente, os técnicos do Serviço de Medicina Social buscaram apurar todas as denúncias levantadas pelo movimento popular em relação ao setor privado. Nessa época, o município possuía 30 Casas de Saúde conveniadas, a maior rede da Baixada. Os técnicos fizeram um trabalho retroativo de 3 anos com levantamento, inclusive, das fraudes tipo sabotagem que aconteciam nos PAMs para encaminhamento de exames para os conveniados.

A atuação do CCS nesse período, visava atingir o objetivo de garantir mais verbas para o setor público. Com as denúncias, conseguiram que 5 Casas de Saúde fossem descredenciadas. As outras começaram a buscar alternativas via convênio, para depois se autodescredenciarem. Ainda teve aquelas que simplesmente fecharam. Assim, de 30 serviços credenciados em 85, restaram apenas 14 em 88. As verbas para o setor privado foram reduzidas de 90% para 60% do total repassado ao município e a CIMS passou a definir prioridades da parcela dos recursos que cabiam ao setor público.

Na primeira gestão eleita empossada em 1986 após a ditadura militar, foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com o apoio do movimento popular, um projeto de construção de mini-postos utilizando as verbas das AIS. Porém, o titular da Secretaria pediu demissão e o projeto não foi implementado. Tal projeto, era um reflexo no município dos projetos de “cuidados primários de saúde” que estavam

sendo desenvolvidos em todo o país e que foi posteriormente deturpado e transformado no projeto que criou os Módulos Comunitários de Saúde nas Associações de Moradores.

Em 16 de março de 1986, foi realizado com o apoio do MUB (diretoria, comissão da mulher, comissão de saúde) e do Conselho Comunitário de Saúde, o I Encontro de Saúde da Mulher em Duque de Caxias, onde foi organizado um documento sobre o atendimento à gestante e parturientes nas clínicas conveniadas, que deu origem ao Dossiê Caxias entregue à Ordem dos Advogados do Brasil, ao Conselho Regional de Medicina e à Coordenadoria de Avaliação e Controle do INAMPS.¹³

No ano de 1986, a saúde foi tema de grandes manifestações populares. Frente a epidemia de dengue na Baixada Fluminense, diversos Conselhos Comunitários dos municípios da região, liderados pelo município de Nova Iguaçu, paralisaram, ao mesmo tempo, o tráfego nas rodovias Presidente Dutra e Washington Luiz.

A ampla cobertura da imprensa possibilitou a divulgação dos casos de fraude e as denúncias contra o péssimo atendimento nas Casas de Saúde. Desde então, as lutas do CCS na CIMS e pela manutenção de Walter Maribondo no cargo foram reforçadas, enquanto a epidemia de dengue demonstrava claramente a deficiência da rede de saúde da Baixada e a necessidade de uma rede pública de postos e hospitais. Em resposta às reivindicações populares, o INAMPS, sob a orientação de técnicos que lideravam a Reforma Sanitária no Estado, criou o Projeto SOS Baixada. Tal projeto previa a atuação conjunta dos técnicos em planejamento de saúde da Superintendência Regional do INAMPS, dos Conselhos Comunitários de Saúde e dos representantes do executivo local. Segundo o Relatório de Gestão 87-89 da Secretaria Estadual de Saúde ele representava uma ampliação da capacidade instalada pública superior a tudo o que fora realizado durante os 10 anos anteriores. (Secretaria Estadual de Saúde apud Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias, 1994).

O perfil das unidades foi um dos primeiros pontos discutidos. Inicialmente, o INAMPS propunha a criação de Centros de Saúde ou Policlínicas com atendimento

¹³ Tal questão teve início com o funcionamento, a partir de 1984, de um grupo de gestantes que se reunia no sub-posto de Saracuruna. Tal grupo levou denúncias de maus-tratos, sequelas e mortes nas Casas de Saúde conveniadas, unindo-se ao CCS num movimento pela interdição e encampação desses serviços, dentre os quais a Casa de Saúde de Jardim Primavera, a Casa de Saúde e Maternidade de Saracuruna e o Hospital do SASE em Xerém, interditado após denúncias de 5 óbitos após cirurgias de apendicite. (Albuquerque, 1994).

ambulatorial nas clínicas básicas e atividades preventivas. Entretanto, a população queria um serviço que resolvesse seus problemas de saúde de forma abrangente, com qualidade, que desse fim a peregrinação por uma série de locais em busca de um diagnóstico.

Por outro lado, as Rodovias Washington Luiz e Rio-Magé-Teresópolis não contavam com um hospital de referência para os primeiros-socorros dos acidentados. Nas placas de sinalização constavam o HGDC, que funcionava precariamente, e o Hospital do SASE da Mantiquira, em Xerém, que encontrava-se interditado devido a denúncias.

Os debates acerca do perfil das unidades foram embasados por uma dissertação de mestrado que analisava um estudo realizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) naquela época, que mostrava que 21% dos atendimentos de emergência do Hospital Souza Aguiar eram a pacientes de outros municípios, além de 4,5% no Miguel Couto e 7,2% no Salgado Filho. Desses, 95% eram de pessoas residentes na Baixada Fluminense. Quanto as principais causas que levavam a procura dos serviços de emergência, 76% dos atendimentos eram de condição de clínicas não-traumáticas, e dentre as traumáticas, os ferimentos e lesões superficiais representavam 68%.

Desse modo, o estudo concluiu que esses atendimentos indicavam a existência de demandas não satisfeitas pelos serviços de saúde em geral e que evidentemente não poderiam ser resolvidas na emergência. O horário de maior procura pelos adultos era de 16 às 22 horas, o que levava a supor que as dificuldades em deixar o trabalho para irem aos postos de saúde que funcionavam até as 17h levavam os mesmos à emergência. Os casos de internação representavam de 6% a 8% indicando que a maioria poderia ser resolvida num serviço intermediário.

Assim, o estudo reforçava a necessidade de serviços de urgência na Baixada, que atendesse os casos mais simples com resolutividade e encaminhasse os pacientes graves em “condições estáveis”, tendo sido definido o modelo de Unidades Mistas.

Também, o INAMPS pretendia conseguir fazer funcionar o Hospital da Posse, transformando-o em hospital de referência para a região. Para isso, também devia diminuir a demanda de casos “não urgentes”.

De modo a diminuir o custo do projeto, o INAMPS cogitou a alternativa de um pronto-atendimento funcionando 12 horas. Entretanto, por pressão da comunidade, a

ausência na prática de um serviço de 24 horas na região e o estudo referido anteriormente, acabaram por convencer os técnicos por unidade 24 horas.

As influências do movimento não pararam por aí. Eles queriam muito mais do que a junção de urgência/emergência, eles queriam resolutividade. Isso implicou em laboratório, radiologia, atendimento em traumatologia com sala de gesso e médicos especializados, leitos de observação por 24 horas, uma sala de “manutenção da vida” e duas ambulâncias.

O ambulatório deveria funcionar 12 horas, de segunda a sábado, de modo a atender aqueles que trabalhavam. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança, seriam implantados com acompanhamento médico, de enfermagem, Nutrição e Assistente Social. Os visitantes sanitários seriam responsáveis pelas visitas domiciliares aos faltosos dos programas e a pacientes com dificuldades de locomoção.

De modo a facilitar a fixação dos profissionais, estes foram divididos em duas equipes: uma trabalhava segunda, quarta e sexta e outra terça, quinta e sábado, somando 36 horas. A carga horária de 40 horas era completada com quatro horas livres para estudo, aperfeiçoamento, reuniões. Para assegurar o seu cumprimento, uma remuneração de 10 salários mínimos e um regime de trabalho pela CLT, com cartão de ponto e fiscalização da comunidade.

Nesse processo foi criado o Projeto Cáritas, em 1987, em que através de um acordo com o Bispo de Nova Iguaçu, Dom Adriano Hypólito, a SES repassaria verbas que seriam geridas pela Cáritas Diocesana, para a manutenção de 23 minipostos comunitários, com 54 médicos distribuídos por bairros carentes. Neste havia participação direta das Associações de Moradores e do Conselho Comunitário de Saúde de Nova Iguaçu, com poder de decisão na admissão e demissão dos profissionais. Os médicos participaram de um curso de 45 dias com vistas a promover um atendimento mais personalizado.

A grande reivindicação do movimento popular de Duque de Caxias era a criação de um hospital no segundo distrito, o que acabou por levar a inclusão no projeto da criação de dois hospitais: um em Saracuruna e outro em Queimados, o que acabou por não ocorrer.

O movimento de mulheres¹⁴ e o CCS defendiam a construção de uma “Casa da Mulher/Maternidade”, chegando a conseguir uma verba para sua construção no SASE de Xerém. Eles chegaram a discutir o perfil e a planta para a reforma do hospital, e numa reunião com o Prefeito este prometeu desapropriar o prédio, mas logo em seguida recuou. Apenas no governo seguinte, através de um contrato de aluguel é que o prédio foi reformado e transformado em um hospital geral com maternidade.

Outras questões técnicas do Projeto SOS Baixada foram bastante discutidas com o movimento popular, como a questão da localização das unidades, a escolha dos terrenos, a forma de contratação e o treinamento dos profissionais, a participação popular e o controle social através da criação de Conselhos Gestores de Unidade.

Além da construção de Unidades Mistas, o Projeto SOS Baixada previa o aumento das unidades próprias. Tal aumento se daria, através de reformas, ampliações e aquisição de equipamentos e a conclusão das obras já iniciadas, assim como a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela rede conveniada. Também estava previsto a construção de Centros de Diagnóstico e Tratamento para cada município. Para a realização de convênios deveria ser dada prioridade para as entidades filantrópicas, principalmente a Cáritas Diocesana de Nova Iguaçu, alvo do projeto.

Quanto à gestão dessas unidades, o Projeto SOS Baixada defendia sua administração pelas Prefeituras locais, entendendo que isso permitiria um melhor acompanhamento e controle das atividades desenvolvidas.

No final de 1987, com a eleição para o Governo do Estado e a posse do novo Secretário Estadual de Saúde e a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o Projeto SOS Baixada foi incorporado pelo Estado, através de decreto, passando a se chamar Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB).

O PESB, após diversas discussões foi vinculado ao Instituto Vital Brasil (IVB), de modo a permitir condições especiais de administração, agilidade em processos de compra, contratação de pessoal através do regime CLT, facilidade de demissões, etc. As unidades começaram a ser inauguradas um ano depois, em final de 1988, numa conjuntura desfavorável a nível federal.

O PESB, tinha por objetivo a reversão do modelo assistencial vigente, no sentido de organização de redes de saúde integradas e hierarquizadas. Desse modo, o Programa tinha como eixo um modelo assistencial, cujo objetivo era a manutenção de um

¹⁴ Quando refiro – me ao movimento de mulheres, estou falando do movimento que se constituiu a partir do grupo de gestantes que se reuniam no sub-posto de Saracuruna.

relacionamento estável entre a população e os serviços de saúde, por meio da sistemática de atendimento de clientela- adscrita. Traçou-se como estratégia a delimitação da área geográfica de abrangência de cada unidade de saúde, com a estimativa da população residente nessa área. Os residentes constituíam a população-alvo prioritária para o desenvolvimento das atividades ambulatoriais. No caso do segmento populacional não residente na área de abrangência da unidade de saúde, o procedimento era o atendimento na queixa que motivou a demanda espontânea, sendo orientado a buscar o serviço de saúde mais próximo da sua residência. (Soares, 1991).

Quanto ao modelo de gestão, as unidades de saúde do PESB eram gerenciadas por um Conselho Diretor ou Gestor de Unidade. Tratava-se de um órgão colegiado composto pelo diretor, pelo administrador, pelo coordenador de urgência, pelo coordenador do ambulatório e por um representante eleito da população organizada da área de abrangência da unidade de saúde. (idem).

Devido a escassez de recursos e a perda de poder junto ao governo federal, a Secretaria Estadual de Saúde, teve que buscar novas alternativas para a construção das novas unidades. Através de um acordo com a BR-Distribuidora e a Shell foram construídas mais 10 unidades em troca de terrenos e concessões de postos na Avenida das Américas. Tais unidades teriam o mesmo perfil das unidades mistas do PESB e a ele deveriam ser incorporados. Elas não seriam mais unidades pré-fabricadas e procedeu-se pequenas modificações na planta física.

Neste acordo, Duque de Caxias foi contemplado com mais duas unidades: uma da PETROBRÁS, em Campos Elíseos; e outra da SHELL, em Imbariê. A unidade de Campos Elíseos deveria atender a uma reivindicação antiga dos moradores de Jardim Primavera, que desde a interdição da Casa de Saúde e Maternidade do bairro pelo INAMPS, solicitavam a encampação ou a construção de um outro serviço de saúde. Entretanto, a PETROBRÁS insistiu que a mesma fosse localizada em Campos Elíseos, próxima à Refinaria para qual deveria também servir de suporte.

Essas unidades só foram concluídas em 1990, após a municipalização e o fim do PESB, tendo sido entregues fechadas ao município. O Posto Médico Sanitário de Campos Elíseos só foi aberto ao público em 1992, após concurso municipal, e o Posto Médico Sanitário de Imbariê ainda funciona precariamente.

A relação entre a Prefeitura Municipal e o Conselho Comunitário de Saúde de Duque de Caxias foi rompida, no período de 1988 a 1990, quando a Secretaria Municipal de Saúde deu início a implantação do Programa de Unidades Comunitárias

de Saúde. Tais unidades eram consultórios médicos para atendimento a comunidade que funcionavam no espaço físico das sedes das associações de moradores. Neste período, foram criadas cerca de 38 Unidades Comunitárias, nas quais os médicos trabalhavam numa carga horária inferior ao exigido no contrato com o município, com salários muito baixos e sob a gerência dos presidentes das próprias associações. Conforme os militantes do CCS da época, a Prefeitura vinha realizando reuniões paralelas a do CCS com os presidentes de associações de moradores na tentativa de esvaziamento do fórum popular (Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias, 1994).

Assim, nesse período as atenções do CCS foram voltadas para a participação nos Conselhos Gestores das Unidades Mistas e a fiscalização do seu funcionamento.

Em 1989 ocorre a primeira greve dos funcionários do PESB, que terminou com a assinatura de um acordo coletivo de trabalho. Porém, com o progressivo sucateamento das unidades, o arrocho salarial e o não cumprimento do acordo coletivo, há uma nova greve em 1990.

Após esse movimento, os funcionários foram efetivados, correspondendo a demissão pelo IVB e nomeação como estatutários pela SES. Isso, apesar de significar diminuição do salário, fez acabar a greve. Iniciou-se a busca por alternativas individuais com grande número de pedidos de demissão, fim da carga horária anterior passando para 20h para os médicos e 30 para os demais profissionais, fim do ambulatório aos sábados, acordos com as chefias para “dias de folga”.

O processo de municipalização no Estado do Rio de Janeiro é iniciado em 1988, através do convênio SUDS-RJ, que repassava a gestão das Unidades Públicas Federais, estaduais e da rede privada conveniada para os municípios. Os municípios da Baixada Fluminense foram os que mais resistiram ao processo de municipalização, principalmente Duque de Caxias. Tal fato se deve em parte a resistência do CCS que, embora compreendesse a municipalização como um avanço democrático, temia que a cultura política do município viesse a reforçar o clientelismo e o fisiologismo. Além disso, o CCS suspeitava que o repasse para município seria insuficiente para a manutenção das unidades, o que acabaria levando a um processo de prefeiturização. (Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias; 1994).

O termo de adesão ao convênio SUDS-RJ só é assinado por todos os municípios até o final de 1989, o que implicou somente no repasse para o município das unidades estaduais de saúde (Centro de Saúde e Sub-Postos) e a administração dos contratos e convênios com o setor privado, assim como os serviços de saúde coletiva. (Plano

Municipal de Saúde de Duque de Caxias; 1994). A mudança na conjuntura no INAMPS, assumindo a representação no Estado o Dr. Aparício Marinho, adversário político da Reforma Sanitária e do Gestor Estadual, acabou por dificultar a transferência dos PAMs e a SES manteve o PESB vinculado ao IVB até 1990.

O maior embate do Estado com o Conselho Comunitário de Saúde de Duque de Caxias, surgiu quando do processo de municipalização das chamadas unidades mistas, ligadas ao PESB. O conselho temia que a municipalização viesse a piorar o sucateamento do PESB. Tais unidades, assim como os PAMs, acabaram sendo municipalizados somente após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1991, através de um convênio, no qual a SES se comprometia a manter os funcionários e os serviços de conservação, vigilância e alimentação.

No início de 1990, com a implantação do SUS em Duque de Caxias, foi prevista a formação do Conselho Municipal de Saúde. Com o objetivo de envolver toda a população no processo de municipalização da saúde, o Conselho Comunitário cria um fórum popular de encaminhamento e debate sobre o significado e papel do Conselho Municipal de Saúde e os critérios para a sua composição. Em 1991 é implantado, oficialmente, o conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias, na I conferência Municipal de Saúde.

No contexto da edição da primeira NOB em 1991, a expansão da rede pública em Duque de Caxias vai se dá às custas de serviços de baixa qualidade e resolutividade, como é o caso das Unidades Comunitárias, além de Postos de Saúde, que em 1992 totalizavam 10 (Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias,1994).

Por outro lado, percebe-se uma diminuição da rede privada no que se refere a hospitais contratados e o número de leitos. Também, há uma mudança qualitativa no tipo de serviços prestados pelo setor privado. Se em 1986, predominava atendimentos ambulatoriais de baixa complexidade e internações nas clínicas básicas, em 1992 esses serviços passam a deter a “melhor” parcela dos serviços de saúde: os exames complementares auxiliares ao diagnóstico e as terapias especializadas, além de todo o procedimento de alto custo. Dos serviços especializados, 95% estão na rede privada conveniada, assim como 90% dos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia. (idem).

Os consultórios particulares cadastrados vão seguir essa mesma tendência: 89% são especializados. Desse modo, serviços ambulatoriais em especialidades (angiologia, endocrinologia, nefrologia, homeopatia, fisioterapia e reumatologia) só são oferecidos pela rede privada conveniada, além de exames de endoscopia, ultra-sonografia, anatomia

patológica e grande parte dos exames laboratoriais e radiológicos. Todos os serviços de hemodiálise são também conveniados, tendo sido este um dos maiores problemas enfrentados pelo Conselho Municipal de Saúde, visto o alto custo desse procedimento o que vinha a comprometer grande parte da verba destinada a toda rede ambulatorial. (ibdem).

Em 1993, é editada a NOB 1/93, conforme apresentado na primeira parte deste trabalho, que recomendou três diferentes níveis de gestão, aos quais os municípios podiam se habilitar de acordo com a capacidade instalada existente e o cumprimento de responsabilidades e requisitos gerenciais. Esses níveis hierarquicamente diferenciados conforme a capacidade gerencial dos municípios foram denominados: incipiente, parcial e semiplena.

Em 1995, Duque de Caxias passa a Gestão Semi-Plena o que, segundo Bondstein (1999:70), lhe conferiu maior autonomia financeira e de gestão. Com isso, o município irá investir na rede básica, inclusive com a reativação de unidades até então fechadas e/ou funcionando precariamente, assim como realiza obras nos hospitais municipais com vistas a ampliação dos leitos e serviços, embora ainda haja déficit.

Em 1997, a Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias adotou o sistema de cooperativas médicas como estratégia de ampliação e fixação dos profissionais de saúde em algumas unidades públicas, seguindo a tendência da Secretaria Estadual. Tal sistema, aprovado no Conselho Municipal de Saúde por período de 6 meses, acabou por funcionar até 1999, ao que tudo indica tendo acabado por influência da nova gestão estadual, já no governo de Antony Garotinho, cujo secretário estadual com histórico no movimento de reforma sanitária promete dar fim a este tipo de sistema no âmbito estadual. Também, pelo fato de que esse tipo de sistema vinha sendo criticado pelos diversas organizações dos trabalhadores, principalmente pelo Sindicato dos Médicos. Por outro lado, passa a haver uma pressão no conselho municipal de saúde, por parte do movimento popular, para abertura de concurso público, o que acaba acontecendo em 2000.

É importante ressaltar, que a proposta de cooperativas médicas está em consonância com a proposta do projeto neoliberal ou privatista para o setor saúde, que adquire hegemonia a partir da década de 90. Tal proposta baseia-se no proposto no Plano Diretor da Reforma do Estado¹⁵, que visa a adoção de modelos gerenciais flexíveis, tendo como pano de fundo o discurso de satanização do Estado e dos

¹⁵ Ver esse assunto no capítulo 1, da primeira parte desse trabalho.

funcionários públicos – acusados de ineficientes e corruptos – e de exaltação do mercado visto como o espaço da eficiência.

Em 1998, o município é habilitado na Gestão Plena do Sistema, conforme regulamentação da NOB/96, abordado na primeira parte deste trabalho, o que lhe dá plena governabilidade sobre os serviços de saúde do município em todos os níveis de complexidade e responsabilidade pela saúde da população. Passam a ser instrumentos de acompanhamento, de controle e de avaliação: o Plano de Saúde, Relatório de Gestão, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), além da análise sistemática das informações contidas nos bancos de dados cuja alimentação está a cargo do setor saúde (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação – SINAM, Sistema de Informações sobre Nascidos-Vivos – SINASC, Sistema de Informações Ambulatoriais/SUS – SIA/SUS e Sistema de Informações Hospitalares/SUS – SIH/SUS).

Segundo Cunha (2001), a Secretaria Municipal de Saúde para adotar as funções pertinentes a essa condição de gestão, estruturou-se com base em três departamentos: Saúde, Administração e Suprimento e Farmácia – e seis coordenadorias.

As coordenadorias possuem funções diferenciadas, conforme discriminação abaixo:

- Saúde Coletiva , que engloba duas divisões: Epidemiologia, responsável pelas ações de vigilância epidemiológica e de organização, controle e análise dos registros de dados vitais; e a implantação de Programas de Saúde, sendo responsável pela coordenação dos programas de saúde pública;
- Saúde Individual, que responde pelo controle e coordenação de ações nas unidades de saúde do município, com atenção especial para a alocação de recursos humanos;
- Vigilância, Fiscalização e Controle de Zoonoses, que é responsável pelo controle de zoonoses e de doenças causadas pela água, alimentos e condições insalubres de trabalho. Também, é responsável por fiscalizar e reprimir situações que causem riscos à saúde de indivíduos e coletividades e, ainda, fornecer as devidas orientações;
- Planejamento, é responsável por traçar estratégias mediante os problemas de saúde e limitações dos serviços, utilizando-se de dados epidemiológicos

e gerenciais. Coordena a elaboração do Plano Municipal de Saúde e do Relatório de Gestão, além de elaborar projetos;

- Controle e Avaliação e Auditoria, responsável por coordenar, fiscalizar e realizar auditorias de serviços públicos e contratados pelo SUS, cadastrar e descredenciar serviços, emitir e controlar o fluxo de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e Autorização para Procedimentos de Alto Custo (APAC), além de processar a produção de serviços. Também, deve controlar o faturamento de todas as unidades da rede;
- Informática, é responsável pelo suporte de informática às coordenadorias e unidades através da produção de softwares, de administração de cursos e pela busca e consolidação de dados da internet.

De acordo com o organograma da Secretaria Municipal de Saúde, o Departamento de Saúde agrega as Coordenadorias de Vigilância, Fiscalização e Controle de Zoonoses; Saúde Individual e Saúde Coletiva. Já o Departamento de Administração engloba as coordenadorias de Informática; Planejamento e de Controle e Avaliação. Ainda há um gerente geral e dois gerentes distritais vinculados ao setor de planejamento, que visa proporcionar melhor controle da situação das unidades de saúde do município e favorecer a adequação do orçamento e planejamento às necessidades locais. Tal estrutura organizacional é de fins de 1999 e, segundo Cunha (idem), ainda não está consolidada administrativamente e gerencialmente..

Neste contexto, Duque de Caxias continua a disponibilizar para a população os serviços assistenciais no âmbito do SUS através de unidades de diferentes graus de agregação tecnológica, sem, no entanto, oferecer procedimentos de alta complexidade.

De acordo com o guia informativo 1999/2000 da Secretaria Municipal de Saúde (apud Souza, 2001), as unidades ambulatoriais contratadas, em número de 10, são em sua maioria pertencentes a estabelecimentos de caráter filantrópico.

De acordo com Souza et alli (2001:79), verifica-se uma pequena alteração no padrão de prestação de serviços. No período de 1979-80, 90% dos leitos pertenciam às clínicas privadas conveniadas, atualmente 73,7% dos leitos são privados. Tal alteração segundo as autoras, é resultado da dinamização econômica ocorrida no município que acarretou na expansão da população coberta por planos e seguros-saúde, levando as clínicas privadas locais a se descredenciarem do SUS, cuja tabela de preços é pouco atrativa em localidades cuja demanda da saúde privada, via planos e seguro-saúde, é significativa . Tal questão também, deve ser analisada sob o aspecto da mudança da

forma de financiamento, com a substituição dos gastos do orçamento fiscal por gastos derivados de contribuições sociais, que conforme Mendes (1994:55) vai provocar um processo de deslocamento do setor mais moderno dos prestadores de serviços privados e conveniados, para o subsistema de atenção médica supletiva mantendo-se apenas no subsistema público de saúde o setor mais atrasado tecnologicamente e que, portanto, mantém-se dependente do mesmo.

Ainda de acordo com o guia informativo 1999/2000 da Secretaria Municipal de Saúde (apud Cunha, 2001.), quanto aos serviços de diagnose e terapia, o município mantém laboratórios de análises clínicas e serviços de radiologia em unidades públicas mas ainda é dependente do setor credenciado.

Desse modo, pode-se constatar que a situação não se modificou muito em relação a 1992. Os exames realizados no município são de pequena e médica complexidade, havendo apenas um procedimento de alta complexidade/alto custo, que é a tomografia computadorizada oferecida em unidade credenciada.

Quanto a rede hospitalar, atualmente o município possui 03 hospitais públicos e 05 privados. Há também um hospital estadual que não está sob a gestão municipal e que só passou a integrar o cadastro de unidades a partir do segundo semestre de 2000, apesar de ser sido inaugurado em dezembro de 1998, no final do governo Marcelo Alencar. (Cunha, 2001)

A rede hospitalar atende especialidades básicas, sem oferecer procedimentos de maior complexidade. O acesso às unidades públicas acontece por demanda espontânea, pois a rede básica e ambulatórios especializados não utilizam mecanismos formais de encaminhamento e o sistema de referência não está institucionalizado.

Em 1999, foram realizadas 21.748 internações em unidades hospitalares vinculadas ao SUS: 57% destas na rede privada e 43% em estabelecimentos públicos. Isso significa, que embora haja maior número de leitos públicos, são os hospitais privados que internam mais. Todavia, vem ocorrendo aumento do número de internações realizadas em unidades públicas. (idem).

Com base em análises das internações entre os anos de 1997 e 1999, é possível constatar variação de oferta de serviços, tanto nas unidades próprias quanto nos estabelecimentos privados. Comparando os três hospitais públicos, pode-se constatar que, enquanto o HIIS e a HMX apresentaram um aumento no número de internações, o HGDC teve desempenho contrário, que teve por alegação a realização de obras no estabelecimento. Quanto à internações de moradores realizada no próprio município e

em outras localidades, percebe-se que parte significativa dos habitantes do município busca assistência hospitalar em outros municípios, sobretudo hospitais públicos e privados localizados na capital do estado. Menos de 50% das internações de residentes de Duque de Caxias são realizadas no próprio município. Tal migração se justifica, em parte, pela ausência da oferta de procedimentos de maior complexidade pela gestão municipal. (ibdem).

Quanto à articulação da rede, uma das estratégias para a garantia da assistência integral à saúde, o arcabouço jurídico do SUS recomenda o estabelecimento de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços.

Em Duque de Caxias, a hierarquização da rede ainda não é uma realidade, visto a inexistência de articulação entre as unidades de diferentes níveis de complexidade e ainda há a carência na oferta de especialidades básicas para a população residente na periferia, além da precariedade de serviços mais complexos. A única unidade que possui maiores especialidades atende segundo demanda espontânea, que é o caso do PAM 404.

O Programa de Saúde da Família, que deveria servir de porta de entrada para o sistema, ainda não está articulado ao SUS.

Em relação ao financiamento, $\frac{1}{4}$ da receita vem sendo gasto em saúde, sendo as despesas mais importantes: serviços de terceiros e encargos, que é o que mais consome, tendo alcançado em 1999 46% dos gastos. Neste está previsto o pagamento para prestadores privados e pagamentos de serviços terceirizados; vencimentos, é a segunda maior despesa e, material de consumo, que engloba medicamentos, correlatos e gases medicinais, sendo pagos principalmente com repasses federais. Podemos observar, que vem aumentando o volume de gastos com a saúde, entretanto o município não conseguiu responder por procedimentos de maior complexidade. Também, percebemos que não vêm ocorrendo um investimento, pelo menos com verba própria do município, na melhoria do serviço prestado à população e, conseqüentemente, no atendimento dos principais problemas de saúde do município. (Costa e Rangel, 2001).

Conforme pode-se observar, o Sistema Único de Saúde em Duque de Caxias, vem se constituindo sob a lógica do projeto privatista ou neoliberal para saúde. Tal projeto, está em consonância com a cultura política da região, aprofundando as características da oferta de serviços à saúde da população, marcado pelo privilegiamento dos interesses do setor privado, de oferecimento de uma assistência de baixa complexidade e de má qualidade.

Por outro lado, o Conselho Comunitário de Saúde, que na década de 80, foi o grande protagonista das mudanças ocorridas na política de saúde municipal, na década de 90 vai sofrer um processo de esvaziamento.

4.3.1 Um Breve Histórico da Constituição do Conselho Gestor de Unidade no Município de Duque de Caxias

Na Baixada Fluminense, a idéia de implementação dos conselhos gestores de unidade surge em meados da década de 80, com a instituição, pelo INAMPS, do Programa SOS Baixada, posteriormente denominado de Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB). Criado em resposta às reivindicações populares da região e sob a orientação de técnicos que lideravam a Reforma Sanitária no Estado, para a criação das chamadas Unidades Mistas de Saúde, os profissionais responsáveis pelo programa realizaram várias discussões de nível técnico com o movimento popular, garantindo a fiscalização da comunidade através da formação desses conselhos.(Gouveia, C.S. et all, 1996)

Em finais da década de 80, com o desmonte paulatino do PESB, tais conselhos permaneceram como práticas residuais ou como meros conselhos formais, longe da concepção de uma gestão participativa e democrática. Apesar disso, aquela experiência inspirou o movimento popular de Duque de Caxias a retomá-la diante do quadro de sistemática precarização do atendimento e prestação de serviços das unidades médico-sanitárias, tendo a frente deste movimento o Conselho Comunitário de Saúde.

Em meados da década de 90, é apresentado ao conselho municipal de saúde de Duque de Caxias a proposta de regulamentação dos conselhos gestores de unidade, sendo constituída uma comissão com o objetivo de elaborar as diretrizes básicas para sua regulamentação, criando assim, a base legal para a reativação e sistematização da prática daqueles já existentes e implantação dos novos.

Em 1997, o conselho municipal de saúde de Duque de Caxias aprova a Resolução 002, de 11/04/97, que regulamenta a implantação dos conselhos gestores nas unidades de saúde do município de Duque de Caxias, definindo como suas funções:

“Fiscalizar, acompanhar, controlar, avaliar e orientar a política de saúde ao nível da unidade local, conforme a normatização do SUS; planejar as ações individuais e coletivas de saúde daquela unidade a partir da realidade local onde estejam implantados; estabelecer e aplicar critérios de avaliação e controle de trabalho desenvolvido pela unidade de saúde, deliberando

mecanismos corretivos tendo em vista o atendimento às prioridades da população local; avaliar a qualidade do atendimento pelas unidades contratadas e/ou conveniadas ao SUS, na área de sua abrangência; em caso de denúncia de mau atendimento na unidade de saúde, registrar nomes e dados do usuário e do funcionário que atendeu, assim como da ocorrência de livro próprio a ser mantido sob guarda da Direção da unidade para providências futuras; ter acesso e conhecimento pleno, atualizado e fidedigno do quadro da unidade de funcionários de saúde, bem como de sua distribuição em turnos e a carga horária respectiva, se permitindo também o acesso aos registros de frequências; ter acesso e avaliar todas as informações de caráter técnico, administrativo, orçamentário e operacional que digam respeito à estrutura e funcionamento da unidade de saúde; apresentar ao Conselho Municipal de Saúde, quando julgar necessários e por deliberação do colegiado, pedido de informações, sugestões e denúncias, assim como cobrar as soluções para problemas da unidade de saúde.” (Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias, 1997).

Logo após a aprovação da Resolução 002/97, no Conselho Municipal de Saúde, o conselho comunitário de saúde solicitou ao Projeto de Pesquisa e Extensão “Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro”, da Faculdade de Serviço Social da UERJ, que fizesse uma proposta de assessoria aos conselhos gestores de unidade. Tal proposta, depois de discutida junto ao conselho comunitário de saúde, foi apresentada para aprovação no conselho municipal de saúde.

Nessa proposta de assessoria aos conselhos gestores de unidade, estava previsto: trabalho de sensibilização junto aos diretores e profissionais de saúde, bem como a mobilização da população usuária, das unidades de saúde onde os mesmos seriam criados; a realização de curso de capacitação para os conselheiros gestores; e o acompanhamento dos conselhos gestores implantados.(Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, 1997). Entretanto, apenas ocorreu a realização do curso de capacitação, visto que a Secretaria Municipal de Saúde alegou não possuir verbas para a viabilização da proposta na sua totalidade.

Após esse breve histórico da constituição dos conselhos gestores de unidade no município de Duque de Caxias, vejamos os conselhos gestores de unidade existentes no

município em 1997, ano da aprovação da Resolução 002/97, e como a situação se encontrava em 2003 e 2004.

De acordo com o estudo realizado pelo Projeto de Pesquisa e Extensão “Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro”, em 1997, ano em que é aprovada a Resolução 002 no conselho municipal de saúde, funcionavam conselhos gestores nas seguintes unidades: Hospital Municipal de Duque de Caxias, Posto Médico Sanitário de Campos Elíseos, Posto Médico Sanitário do Pilar, Posto Médico Sanitário de Parque Equitativa e Posto Médico Sanitário de Xerém.

Em 2003, o levantamento realizado pela Divisão de Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde, mostra a existência de conselhos gestores nas seguintes unidades de saúde: Hospital Municipal de Duque de Caxias, Posto Médico Sanitário do Pilar, Posto Médico Sanitário de Parque Equitativa e Posto Médico Sanitário de Xerém. Além disso, estavam sendo constituídos conselhos gestores nas seguintes unidades de saúde: Hospital Infantil Ismélia da Silveira, Centro Municipal de Saúde e Centro de Atenção Psico-Social (CAPS). Nessas últimas unidades, nunca haviam existido conselho gestor.

Em 2004, para a realização do presente estudo, foi feito um novo levantamento, que apontava a existência de conselhos gestores nas seguintes unidades de saúde: Hospital Municipal de Duque de Caxias, Hospital Municipal Ismélia da Silveira, Centro de Atenção Psico-Social (CAPS), Posto Médico Sanitário de Parque Equitativa e Posto Médico Sanitário de Xerém. Além disso, estava sendo discutida a criação do conselho gestor no PAM 404, onde nunca havia existido essa experiência.

A partir do exposto, pode-se observar a existência de conselho gestor que funcionava no ano da aprovação da Resolução em 1997, como é o caso do conselho gestor do Posto Médico Sanitário de Campos Elíseos, que parou de funcionar logo depois e não foi retomado. Por outro lado, observa-se que depois de 6 ou 7 anos de aprovada a Resolução amplia-se a experiência para unidades do município onde nunca haviam existido conselho gestor, como é o caso do Hospital Infantil Ismélia da Silveira, Centro Municipal de Saúde, PAM 404 e CAPS. Mas também observa-se que o número de unidades onde existem conselhos gestores é reduzido em relação ao número de unidades existentes no município, havendo diversas unidades de pequeno ou grande porte que ainda não possuem conselho gestor, ou que já tiveram e a experiência não foi retomada. Também, ao analisar o livro de atas dos conselhos gestores de unidade, observa-se que não há uma regularidade na realização das suas reuniões. Desse modo,

pode-se afirmar que tais instâncias não se contituíram numa prática de gestão institucionalizada, o que faz com que a sua existência fique a mercê, ora dos interesses da direção da unidade ora do potencial organizativo do movimento popular local.

Capítulo 5:

ANALISE DA EXPERIÊNCIA DOS CONSELHOS GESTORES DE UNIDADE NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS

Neste capítulo será apresentado ao leitor o resultado da pesquisa acerca da análise da experiência dos conselhos gestores de unidade no município de Duque de Caxias. Para tanto, buscou-se identificar alguns temas/problemas considerados relevantes e que indicam os desafios presentes nessas experiências para a constiuição de uma esfera pública democrática, que são os seguintes: o conselho gestor na visão dos sujeitos, capacidade deliberativa, representatividade, capacitação dos conselheiros, articulação entre o conselho gestor e o conselho municipal de saúde versus conselho gestor e o conselho comunitário de saúde.

Para a realização dessa pesquisa, foi utilizada como abordagem técnica a entrevista semi-estruturada junto aos membros dos conselhos gestores de unidade, bem como com um representante do conselho comunitário de saúde e com o secretário executivo do conselho municipal de saúde, totalizando 17 entrevistas, realizadas no período de julho de 2004 à fevereiro de 2005.

A escolha dos sujeitos sociais entrevistados, não se deu de modo aleatório. Em relação aos sujeitos sociais envolvidos diretamente nos conselhos gestores de unidade, optou-se por aqueles que tinham relevância política a partir da sua inserção histórica no conselho gestor de unidade. Quanto ao representante do conselho comunitário de saúde, foi entrevistado aquele que participou de todo o processo de constituição dos conselhos gestores de unidade no município, do período do Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB) à aprovação da resolução que os institui, no conselho municipal de saúde. A entrevista com o secretário executivo do conselho municipal de saúde, deu-se tendo em vista o fato do mesmo ter participado de todo o processo de discussão da elaboração da resolução que institui os conselhos gestores de unidade, bem como pelo fato de que vem acompanhando o processo de operacionalização dos mesmos.

É importante ressaltar a dificuldade encontrada para a realização das entrevistas, especialmente com representantes dos segmentos da direção e profissionais de saúde, visto a coleta de dados ter se dado no período eleições municipais. Sendo assim, deixou-se de realizar número de entrevistas proposto inicialmente, que eram 23, além

de outras dificuldades encontradas no processo de operacionalização da pesquisa, o que trouxe, de algum modo, prejuízo para a análise desse estudo.

5.1. O Conselho Gestor de Unidade na Visão dos Sujeitos

O objetivo desse ítem é identificar as concepções dos sujeitos sobre o significado do conselho gestor de unidade, seu papel e suas atribuições. Tal questão é fundamental, visto que o modo como essa instância é compreendida vai ampliar ou restringir o alcance de suas ações. Nas entrevistas surgiram duas interpretações do que é o conselho gestor de unidade.

Na primeira interpretação, os conselhos gestores são concebidos como instâncias que devem ajudar, colaborar com a direção e, em última instância realizar atividade assistencial dentro da unidade.

Os conselhos gestores concebidos a partir dessa ótica, tem levado a um tipo de participação subordinada, visto que não interfere nas decisões institucionais e serve de instrumento de legitimação política do poder público. Tal participação se dá na perspectiva da chamada participação comunitária, que é revestida de um caráter humanizante e conservador, onde a “comunidade” é convocada a ajudar na busca das soluções para os problemas comuns que atingem a população que, desse modo, desenvolve relações solidárias e cooperativas como resposta às situações cotidianas. Sendo assim, o poder público consegue ter o controle sobre essa participação, diminuir insatisfações, reduzir os conflitos. Uma participação subordinada aos parâmetros institucionais, onde difunde-se a idéia de que os sujeitos devem se unir para melhorar o atendimento da saúde da população, evitando ou suprimindo o confronto na busca do consenso. Com isso, internaliza-se e dissipa-se o conflito, dentro dos marcos institucionais da relação “amigável”. Tal participação acaba por esvaziar a luta social pelo direito universal da política de saúde e mantém a exclusão da população nos processos decisórios. Desse modo, os sujeitos sociais tendem a agir de forma acrítica, concebendo a política de saúde de modo desarticulado e despolitizado, bem como a realidade de forma fragmentada, buscando não a transformação mas mudanças imediatas, localizadas, que respondam às carências imediatas.

Por outro lado, observa-se que a dimensão fiscalizadora do conselho gestor também é associada a idéia da ajuda, da colaboração. Identificada como mecanismo de busca de problemas que passam despercebidos por quem está na direção, para que sejam levados para os mesmos de modo a serem resolvidos. Tem o sentido de corrigir falhas de modo pontual, de modo individualizado, na perspectiva de “apagar incêndio”, tentar amenizar o problema, e não como um instrumento para acompanhar a execução dos serviços, para avaliar e garantir o direito da população usuária de ter acesso a um serviço de qualidade, e a partir daí exigir soluções.

A concepção de que o conselho gestor deve ajudar, colaborar com a direção, é apontada nas falas abaixo.

“(...) é onde as pessoas e os conselheiros né, procuram problemas, e passar para a direção, passar para a pessoa que é responsável pela instituição para solucionar melhor....” (usuário1).

“Olha, o conselho gestor desde a época em que eu fui convidado a participar aqui no Duque, eu achei que pra mim é um tudo, porque no setor aqui do hospital, por exemplo, precisa muito do grupo. Só que é aquele negócio...pra mim é

tudo, porque eu trabalho em pró do hospital, eu trabalho pro hospital, e trabalho com o hospital, e fiscalizo o hospital. Só que uma andorinha só não faz verão. Vê quantas coisas eu faço dentro do hospital, pra você vê até hoje, e ninguém vê isso.”(usuário 2).

“Olha, pra mim é um órgão extremamente.....como se diz.....o conselho gestor de unidade representa muito, porque é um órgão que fiscaliza, entendeu? O bom andamento ou o mal andamento de uma unidade. Serve muito pra gente, porque lógico que trabalhando na direção de uma unidade a gente nunca tá.....sempre passa alguma coisa pela gente despercebido, entendeu?.....E já o pessoal do conselho [referindo-se ao segmento dos usuários], já serve pra gente já pra isso, pra vê aqueles problemas que passam despercebidos pela gente, entendeu? Os usuários que tem reclamações a fazer e que nunca chegam diretamente pra bater na porta da direção, pra vir questionar com a gente. Então leva, eles sabem que o pessoal é do conselho, e aí eles trazem esses problemas pra gente. Então, isso pra mim é uma grande ajuda, entendeu?”(gestor1).

A perspectiva de que o conselho gestor possui um caráter assistencial, é apontado nas falas abaixo.

“Acho que o conselho gestor não deveria visar apenas a denúncia, mas a humanização. Por exemplo, às vezes tem gestantes na maternidade que ficam sem roupa para o bebê até os familiares chegarem. O conselho gestor poderia fazer uma campanha, ter um estoque de roupa para essas pessoas.”(gestor 2).

“ (...) A gente corria muito atrás de material que tava em falta, a gente fazia a reunião do conselho(...)Era uma equipe formada..... faltava medicação tinha dinheiro em caixa, faltava...hum, tinha dinheiro em caixa. Então isso é o conselho gestor da unidade(...)Conseguia através de eventos, o conselho gestor fazia almoço, fazia tarde dançante, jantar.... era o dinheiro que a gente arrecadava era pra gente ter, eu posso provar, usava esse dinheiro em prol da unidade(...) Por exemplo, o paciente queria remédio, não tinha remédio, tinha dinheiro em caixa, então o que a gente fazia , usava esse dinheiro. Televisão, todos os setores, da enfermaria, foi comprado televisão, entendeu? Geladeira, a gente ganhava geladeira, ganhava televisão também, ganhava também é...tudo aqui era o conselho, só você vendo.”(profissional de saúde 1).

Tais concepções de conselho gestor de unidade encontram-se em consonância com a ideologia neoliberal, cuja intervenção no trato da questão social vem se dando através de um processo de refilantropização, onde a proposta de participação reaparece no discurso como alternativa de resgate da sociedade, em relação de co-responsabilidade e de divisão de tarefas com o Estado para a resolução das crises econômica e social, descolando-se da política e perdendo o seu conteúdo ético-político; bem como convertendo-se em um instrumento de solidarização entre governantes e governados, com vistas a agilização da ação governamental, para compartilhar custos e decisões, para reduzir atritos entre governo e sociedade. Esta concepção de participação tem por objetivo uma forma de interferir, colaborar, administrar, e em muitos casos uma atividade, que em última instância “substituiria” o Estado na implementação das

políticas públicas, conforme expresso no documento da Reforma do Estado acerca da atuação das Organizações Sociais, conforme visto na primeira parte desse trabalho.

Nogueira (2004:142) chama a modalidade de participação que vem se constituindo nesse contexto de *participação gerencial*¹⁶. Tal definição engloba um conjunto de práticas e de ações que se orienta por uma idéia de política entendida como “troca” entre governantes e governados, onde quanto maior a interação cooperativa, melhor o sucesso eleitoral e a legitimação dos governantes e melhor para os grupos sociais que vêm parte de suas reivindicações atendidas. Conforme o autor, apesar da potencialidade de democratização presente nesta modalidade de participação, tais espaços podem vir a ser aproveitados para “administrar” a participação, impedindo-a de se radicalizar e de produzir efeitos incômodos. Por outro lado, as pessoas podem participar sem interferir de modo significativo no estabelecimento de escolhas essenciais.

Em contraposição a perspectiva anterior, na segunda interpretação sobre o que é o conselho gestor, têm-se a noção da participação social enquanto um direito de cidadania, baseada na universalização dos direitos sociais e numa nova compreensão do caráter e do papel do Estado. Sendo assim, os conselhos gestores de unidade são concebidos enquanto espaço de deliberação, de fiscalização e de formulação de propostas. O representante do comunitário de saúde aponta para uma distorção do papel dos usuários no conselho gestor, quando da sua criação no período do PESB e a compreensão que possuem hoje acerca do seu papel.

“(...)houve um momento de que com a nossa inexperiência, a nossa inexperiência talvez ou a sede de ver a coisa funcionar com perfeição, fez a gente trocar os pés pelas mãos (...) havia situação, no PESB tinha cartão de ponto, você imagina, as vezes tinha situações de representante da comunidade que chegava no relógio de ponto antes do primeiro funcionário chegar e ficava ali do lado pra ver quem chegava no horário...e isso era uma questão administrativa que não cabia a nós. E olhava lá se a comida, se a qualidade da comida ainda dentro da unidade. Via se a comida era de qualidade ou não. Então veja, num primeiro momento a

16 Nogueira utiliza o termo *participação gerencial*, por considerar que a participação pode ser convertida num recurso gerencial com vistas ‘*a solucionar determinados problemas, administrar bens públicos ou viabilizar e legitimar a reprodução política e eleitoral de governos ou partidos.*’ Segundo o autor, a participação política e a participação gerencial não são contraditórias, mas podem articular-se e interpenetrar-se de diferentes modos, visto que interesses e busca de vantagens também integram a agenda democrática, contribuindo para organizá-la. Sendo assim, o que distingue esses dois tipos de participação – a política e a gerencial - “*é a posição relativa em que se encontram interesses e opinião, o particular e o geral.*” Com isso o autor quer dizer, que alguns gestores podem utilizar a participação para dela se beneficiar ou gestores que a utilizam como veículo de emancipação (ruptura com a subalternidade, recusa da manipulação). Desse modo, a participação gerencial tem possibilidade de “*politizar-se, pensar o todo, considerar a comunidade política em sua abrangente e dinâmica contrariedade.*”

gente estrapolou e depois a gente teve que recuar, e ver qual era o papel nosso. E aí havia muito mais embate com o profissional, que dizia assim 'Afinal de contas vocês vem aqui pra fiscalizar nós e não o funcionamento da unidade'. Houve muito embate e aí a gente viu que tínhamos que mudar algumas situações. E aí aquele papel do conselho era mesmo uma dimensão mais técnica, da discussão da política, de como conduzir o processo [está se referindo ao processo de formulação da política]. Houve avanços. Acho que a experiência primeira ajudou-nos a entender qual era mesmo o nosso papel dentro desse conjunto, que é de representação do usuário e não de administrar a unidade. É muito mais um controle social do que de executor das ações. Fiscalizar e não tentar administrar. Num primeiro momento era confuso. A gente quase administrava, quase dizia pro diretor como que ele tinha que fazer. Mas tinha momentos que era interessante, só pra você ter uma idéia: na unidade do Pilar teve um reveion, não um natal, que sumiu todo mundo na ante-véspera. Fecharam a emergência. É claro que esse conselho gestor funcionou e funcionou muito bem, que a comunidade acionou, e o povo foi atrás de diretor, do secretário na época do PESB. Foi se buscar quem tava no plantão ou não, e aí se garantiu que o plantão funcionasse. Dado momento os médicos decidiram 'Não precisa ter repouso infantil. A gente pega as três camas de menino coloca o leito das mulheres e pega os três de menino coloca na dos homens e aqui vira repouso médico. E das crianças vira repouso médico.' Olha, isso reverteu no ato." (Conselho Comunitário de Saúde).

Quando os conselheiros gestores de unidade possuem a compreensão de que a sua participação na gestão da unidade de saúde é um direito de cidadania, eles tendem a ultrapassar a esfera da cotidianidade, de superar a visão fragmentada das ações de saúde, e por isso possuem uma preocupação de estar participando do debate da política municipal de saúde e, nesse sentido, acabam valorizando a participação no conselho municipal e na conferência, levando para esses espaços propostas articuladas. É o caso, por exemplo, do conselho gestor do CAPS, que definiram em reunião a necessidade de haver sempre um representante deles no conselho municipal de saúde e que, nessa participação sempre levam a discussão não apenas da sua unidade, mas da política de saúde mental do município.

"(...) todos os meses a gente tenta revezar, mas vai pelo menos um membro (...) Então a gente sempre tenta tá lá, e algumas vezes a gente até falou mesmo, participou, pode falar. Quando a saúde mental tá na pauta, a gente já teve intervenções lá, de poder falar enquanto conselho gestor da unidade. (...) pelo menos uma pessoa vai, e vai e trás tudo o que foi falado, trás o relatório e aí a gente vai discutindo, vai divulgando, pulverizando ali a informação, as questões que foram vistas lá e passando para o restante do grupo. Mas nas nossas pautas, nas nossas reuniões a gente sempre estimula isso. Que eles possam ir, que é um espaço importante, pra gente tá lá, quando surgir algum assunto da saúde mental a gente tá podendo falar sobre isso, discutir. Nós é que sabemos o que que a saúde mental está vivendo né? As pessoas que estão lá boa parte desconhece. Então, é a gente que tem que tá conduzindo, a gente é que tem que tá falando lá da dificuldade, reclamando né, exigindo melhoras. Porque a gente é que vive isso, então se a saúde mental não estiver representada, não vai ter como melhorar nada." (gestor 3).

Por outro lado, o conselho municipal de saúde é visto como o espaço legítimo para o encaminhamento das questões surgidas no conselho gestor, compreendendo assim, que é ele a instância que deve deliberar sobre a política municipal de saúde. Com isso rompe-se com a estrutura de dominação baseada na visão técnico-burocrática, das decisões tomadas de forma verticalizada e hierarquizada. Também, na pauta das reuniões surgem debates mais amplos, que não se restringem apenas aos problemas do

atendimento da sua unidade, mas aponta para problemas da rede municipal de saúde, e até para demandas que levam à necessidade de interação com outras políticas públicas.

“Olha, giram[refere-se a pauta das reuniões] em torno da emergência psiquiátrica, do lugar para internar mulheres, que são as nossas maiores dificuldades mesmo e são dificuldades da equipe, e geralmente proposto por famílias e usuários. Então, o mal atendimento no Duque de Caxias a pacientes portadores de transtorno mental, então, ou por experiência própria, ou eles ficam sabendo que algum paciente, ou eles vão até o Duque de Caxias, ainda tem isso também. Eles vão assim meio como fiscalizadores....Então eu sinto que existe um desejo muito grande de que tudo dê certo. Existe uma promessa de leitos psiquiátricos no Hospital Geral, uma promessa de equipe, a gente tem psiquiatra. E eles trazem muitas queixas... A questão do passe-livre é uma questão que volta sempre, ‘Como é que a gente pode fazer tratamento se não tem dinheiro pra pagar passagem?’....Mas essa é uma queixa que também volta sempre. E nesses movimentos ‘Ah vai ter uma reunião lá, uma assembléia, um comício.’, alguma coisa lá, que eles ficam sabendo, eles divulgam isso no conselho gestor, tão sempre trazendo essas questões da mobilização em torno desse assunto que interessa tanto, que é o passe-livre né, pra doentes com doenças crônicas.... Falta de medicação, quando faltava, agora infelizmente nesse finalzinho de governo tá começando a faltar de novo, mas nós ficamos mais de um ano sem faltar medicação nenhuma. Os usuários conseguiram tá pegando medicação na farmácia sem ter que perambular, aquela via-crucis que existia antes, de passar de posto em posto pra poder conseguir, hoje em dia não acontece mais isso... e a questão da viatura que a gente também não tinha....a gente tinha pedido de carro há mais de dois anos e o conselho gestor sabia disso, os usuários e familiares sabiam disso, então eles questionavam muito e aí então que a gente pediu essa reunião na executiva do conselho, exatamente pra tá levando esses assuntos e que acabaram sendo resolvidos.”(gestor 3).

É importante ressaltar, que o reconhecimento da importância dos conselhos gestores enquanto espaços legítimos de participação, não é unânime entre os segmentos representados nesses espaços. Um aspecto surgido nas entrevistas, refere-se a fala de alguns representantes da direção, que quando perguntados acerca da elaboração da pauta das reuniões do conselho gestor de unidade, referiram-se ao mesmo associando-o ao segmento dos usuários, conforme as falas a seguir: *“Quem elabora a pauta das reuniões é sempre o pessoal do conselho.(usuários)”(gestor 1); “Eles (usuários) fazem a pauta. Eles se reúnem uma hora antes da reunião e fazem a pauta.”(gestor 4).*

Tal questão aponta para o fato de que muitos gestores compreendem os conselhos gestores como espaços quase que exclusivos dos usuários, o que traz como consequência uma desqualificação deles como espaços públicos, visto que o outro, interlocutor governamental, peça fundamental para a legitimação desses espaços nem sempre estão presentes, e, quando estão, tem atitudes depreciativas em relação aos mesmos.

A desqualificação desses espaços é demonstrado a partir do boicote dos gestores em relação as reuniões, conforme apontado pelos representantes dos usuários.

“As reuniões pararam sem explicação, sem um porquê, sem um aviso. O conselheiro chegava lá não tinha reunião. Eu nessa época era suplente, tinha um outro titular (...)ela simplesmente chegava lá e não tinha reunião. Uma vez então....então teve uma vez que eu pedi pra uma pessoa ir lá e aí ele fez questão ‘eu quero que conste em ata que a instituição esteve aqui e que não teve reunião, e que nós não tivemos acesso a ata.’ E foi a partir daí que começaram a voltar às reuniões.”(usuário 3).

“(...) Aqui a direção foi mudada e nós só vimos a diretora uma vez. Assim mesmo, porque nós exigimos a presença dela uma vez aqui. Nós viemos aqui e exigimos que ela estivesse presente, que caso contrário você pode procurar ela por aí que ela não deve estar. Nunca está na unidade. (...)ela não faz reunião conosco, ela fica sempre adiando e ela diz o seguinte ‘que não vai ter reunião e ela vai ligar pra gente’, só que essa reunião ate agora não aconteceu.”(usuário 4).

“Primeiro, a gente marca reunião pra duas horas, aí chega pra reunião fica lá conversando, lá toda hora, aí toda hora abre a porta pra falar que tem alguma coisa pra direção resolver. Se marcou a reunião praquela dia tem que ser aquele dia, tem que ficar a disposição dos conselheiros (...)”(usuário 3).

Outra questão surgida nas entrevistas refere-se à compreensão que os sujeitos vêm tendo de que o conselho gestor deve funcionar como um espaço consensual, um espaço onde seja possível que os diferentes interesses converjam para o interesse de todos. Tal visão tem levado os conselheiros a criticarem e/ou negarem atitudes conflituosas e a luta nestes espaços: *“Olha, eu acho que esse conselho gestor deveria ser, deveria ser não é, deveria ser um órgão maior dentro da instituição (...)Mas não ta ficando assim, não é bem assim, eu acho que fica mais uma briga, um conflito, entendeu?”(usuário 1).*

O Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde, também vai colocar a necessidade do conselho gestor funcionar de forma harmônica.

*“(...) Porque na realidade, o nosso grande objetivo é está constituindo em todas as unidades os conselhos gestores, e fazendo posteriormente os conselhos distritais. A gente precisa voltar pra essa discussão do conselho distrital de saúde. Mas pra que isso aconteça é necessário que esteja sedimentado, minimamente, essa questão dos conselhos gestores. Essa prática democrática, essa formação paritária. Enfim, esse formato de tá num colegiado que possa está gerenciando aquela unidade, de uma **forma harmônica**, com transparência e com responsabilidade.”*

A constituição de uma esfera pública democrática requer a formação de sujeitos sociais capazes de elaborar propostas e vocalizá-las, a partir dos interesses das classes ou camadas sociais a qual pertence. Desse modo, as instâncias democráticas, de composição plural, são necessariamente, espaços tensos em que os diferentes interesses estão em disputa. Tais disputas devem expressar a luta pela hegemonia, ou seja, pela conquista da direção política e intelectual no interior destes espaços, em torno de projetos políticos mais amplos.

A ação política deve levar a um processo de superação da esfera da cotidianidade, do imediato e possibilitar a passagem para a esfera da totalidade, de rompimento com as estruturas de dominação, visando a transformação da realidade. Para tanto, é necessário estabelecer a relação entre dominação e hegemonia.

“Um grupo social pode e mesmo deve ser dirigente já antes de conquistar o poder governamental (é essa uma das condições principais para a própria conquista do poder); depois quando exerce o poder, e mesmo que o conserve firmemente nas mãos, torna-se dominante, mas deve continuar a ser também ‘dirigente’”. (Gramsci apud Coutinho, 1999:150).

Hegemonia tem a ver com direção política e cultural na formação de uma vontade coletiva. Para isso, é necessária a constituição de sujeitos sociais no movimento de conquista do consenso e da direção ético-política, em torno de valores a serem fixados para a direção e sustentação de um determinado projeto político. A formação da vontade coletiva está ligada organicamente ao que Gramsci chama de “reforma intelectual e moral”. Conforme Coutinho (idem:173),

“Sem uma nova cultura, as classes subalternas continuarão sofrendo passivamente a hegemonia das velhas classes dominantes e não poderão se elevar à condição de classes dirigentes. Gramsci diz sempre que a direção política é também e ineliminavelmente direção ideológica: lutando pela difusão de massa de uma nova cultura....”

5.2. Capacidade de Deliberação

De acordo com a legislação aprovada no Conselho Municipal de Saúde, os conselhos gestores de unidade possuem caráter deliberativo em relação a política de saúde ao nível local. Isso significa que tais conselhos possuem o poder de decidir sobre a organização e práticas sanitárias na unidade de saúde e, portanto, suas decisões devem ser homologadas (confirmadas ou aprovadas) pelo chefe do poder executivo legalmente constituído.

No entanto, as entrevistas realizadas apontam para o fato de que os conselhos gestores de unidade vêm possuindo uma baixa capacidade deliberativa, funcionando mais como espaços de discussão dos problemas da unidade e encaminhamento das suas reivindicações, e não na formulação e definição da política de saúde ao nível local. Considerando a importância da natureza deliberativa conferida aos conselhos no processo de democratização da esfera pública, buscar-se-á analisar neste ítem, os principais obstáculos para a sua efetivação.

Para que os conselhos gestores de unidade cumpram com o seu papel deliberativo, é necessário que eles sejam constituídos dentro de um processo de reformulação do modelo assistencial e de gestão, que venha a romper com um modelo rígido, tecnicista

e centralizador da formulação da política de saúde. Nesse sentido, é fundamental haver um processo de descentralização de poder, com autonomia das autoridades sanitárias locais (direção da unidade), para o exercício da administração estratégica local, compreendida como forma de

“relacionar as necessidades e representações dos conjuntos sociais que vivem em determinado território com os conhecimentos e recursos institucionais e comunitários, com a finalidade de resolver ou minimizar os problemas, em função da equidade, da eficácia e eficiência sociais e da democratização.”
(Mendes, 1994:147).

Sendo assim, essa autoridade sanitária local teria condições de reorganizar os serviços de saúde de acordo com a realidade e demandas locais.

De acordo com Mendes (idem), o exercício da autoridade sanitária local pressupõe um grau de autonomia decisória e uma capacidade para o exercício dos três momentos que compõe a chamada administração estratégica local, que são: a condução, a programação e a gerência.

No entanto, as entrevistas apontam para o fato de que os conselhos gestores de unidade foram criados mantendo-se um modelo de gestão burocratizado onde as estruturas hierárquicas são rígidas, o processo decisório é verticalizado, e as normas e regras fixadas são estabelecidas pelo poder central, com vistas à racionalidade e à eficiência, cujo papel das direções de unidade é apenas o de cumprir as metas definidas de modo normativo.

Desse modo, os principais problemas relativos ao planejamento e à programação ao nível local, são: primeiro, o planejamento é realizado pelo órgão central de costas para os serviços que pretende estar modificando, visando o atendimento de instâncias superiores. Planeja-se as ações com base em conceitos econômicos da estimativa do custo-benefício, desconsiderando a realidade local onde as ações de saúde serão implementadas. Tal questão acaba sendo reforçada visto a centralização dos recursos financeiros no governo federal, e sua utilização para impor políticas e programas aos demais entes federativos, tirando a autonomia de gestão dos municípios e reforçando o não atendimento dos princípios da equidade e da integralidade das ações; segundo, a população e os profissionais de saúde não participam do processo de planejamento, recebendo os planos realizados pelos especialistas do órgão central, e que, portanto, não se adequam, necessariamente, aos problemas concretos, situados e datados; terceiro, visto a desarticulação da programação do cotidiano administrativo, o documento-plano,

acaba por ser abandonado como instrumento de gerência, limitando-se a um instrumento de captação de recursos; e, quarto, o plano aloca recursos e define produtos, desconhecendo, por completo, os processos tecnológicos. Além disso, as ações sanitárias são vistas de forma desagregada, desconsiderando o princípio de hierarquização dos níveis de atendimento à saúde e tecnologias disponíveis.

Outra questão fundamental para o fortalecimento de tomada de decisões no conselho gestor, é o sistema de informação, visto que é a partir dele que deve se dar o planejamento das ações. Mas, para que esse sistema seja viável ele tem que ter duas características: tem que ser flexível, ou seja, tem que levar em consideração as diversas realidades locais; e tem que contar com a participação da população na coleta e uso das informações.

Contudo, verifica-se que o sistema de informação no município de Duque de Caxias, possui as seguintes características: é centralizado e com limites para o acesso a eles, o que faz com que as ações governamentais não sejam transparentes; há grande agregação de informações, o que não permite perceber as desigualdades locais; há uma ênfase na coleta de dados médicos ou de doenças, reforçando a visão restrita da saúde; inexistência da participação popular na geração e no uso das informações; falta de retorno das informações consolidadas para o nível local, que foi quem gerou esses dados primários. Isso torna difícil a sensibilização dos profissionais de saúde que coletam esses dados para a importância dessas informações.

Por outro lado, o grau de informação da população a respeito do funcionamento dos serviços e da administração é o primeiro passo para o processo de democratização das unidades de saúde. Entretanto, de acordo com as entrevistas, a grande maioria dos representantes dos usuários desconhecem o funcionamento das unidades de saúde (programas existentes e como funcionam, número de funcionários e número de médicos, especialidades, dias e horários, etc) Se por um lado, isso demonstra a falta de transparência por parte do gestor; por outro observa-se, de acordo com a fala dos representantes dos usuários, que esses dados não são vistos por eles como algo necessário para analisar a prestação dos serviços e para a tomada de decisões. Sendo assim, os representantes dos usuários, não exigem a democratização dessas informações. Com isso, eles acabam por ter um conhecimento acerca do funcionamento das unidades de modo superficial. Vejamos algumas falas de representantes do segmento dos usuários, quando perguntados sobre isto.

“Superficialmente. Nunca solicitamos, mas se pedirmos eles nos dão.”(usuário 1).

“Tem informações dos programas, assim, talvez dos funcionários, se a gente quiser....Agora eu não sei bem se a gente tem assim todas as informações. É, não, não. Na minha opinião acho que não. Veja bem, pode ser que alguma informação passe despercebido pela gente que não é também informado. Se a gente pedir, é claro que eles não vão se negar. Agora alguma coisa...agora a gente tá com problema, programa de diabetes por falta de médico, não tem nenhum médico pra atender o programa. Agora a gente sabe porque é uma coisa gritante e a comunidade começa a dizer que tá faltando. Agora, pode ser que passe alguma coisa despercebido que a gente não sabe.”(usuário 5).

Criados no contexto de manutenção de estruturas hierárquicas rígidas, os conselhos gestores de unidade, tornam-se meros espaços formais, instâncias paralelas dentro das unidades, sem qualquer interferência na política de saúde local e com pouco ou nenhum efeito democratizante dentro das instituições. Sua pouca ou nenhuma efetividade nas ações, faz com que as pessoas –sejam usuários ou profissionais de saúde – vejam com desinteresse, descrédito, a participação nesses espaços, conforme demonstra a fala de uma representante dos usuários.

(...) nós temos dificuldade até no conselho gestor, de formar o conselho gestor, de formar o conselho gestor de alguma coisa, porque? Porque você cobra tanto das autoridades e não, você não vê nada funcionando que já está desacreditado, o conselho gestor está desacreditado. Você chama as pessoas pra participar ‘ah, não vou não, porque cobra, se cobra e não se faz nada’ ”.(usuário 4).

Outra conselheira, representante dos usuários, aponta para o fato dos conselheiros estarem atuando como meros fiscalizadores dos gestores, levando pra eles as falhas existentes nas unidades para que eles resolvam, mantendo o poder de decisão nas mãos dos gestores. Sendo assim, os conselhos gestores não têm cumprido com o seu caráter deliberativo, de definição da política de saúde a nível local. Por outro, lado, a conselheira em questão, demonstra uma dificuldade em compreender a sua atribuição, o que reforça a necessidade de capacitação dos conselheiros.

“(...) e eu, eu não sei qual o meu papel, eu só, tá indo lá pra fazer denúncias, eu não vou poder atuar, eu não vou poder deliberar nunca, entendeu? Eu não sei, será que tem a lei do conselho gestor? Se não tem pode ser feito? (...) Tem o Estatuto, mas qual é a função do conselheiro, eu só vou ficar ali fazendo

trabalho...ficar olhando lá o que tem que ser olhado, a coisa que tem que ser feita, só isso? Eu vou ficar ali tipo...uma bucha do governo, apontando o que ele tem fazer e ele ganhar melhoria! Não, eu quero tá lá pra atuar como conselheira também. Saber onde tá o problema e dizer a solução é esta, e eu quero ser ouvida e respeitada como conselheira....” (usuário 3).

O conselho comunitário de saúde aponta a falta de interesse dos gestores em ver o conselho gestor funcionando.

“Sempre a autoridade, seja ela o diretor, secretário ou o prefeito, quer dizer, vê sempre a comunidade como um obstáculo, um empecilho, um olheiro. Alguém que pode pegar o lado...então nunca vê como um aliado que tá ali para consertar. Então tem sempre o medo de que a sua unidade, o seu sistema, passe a ser motivo de escândalo. Então, ou não vai na reunião, ou não marca a reunião, ou e, e, e,.....e aí não há reunião e quando há não acontece encaminhamento. Aí fica aquela lamúria, fica muita gente com muita lamúria quando vem representar a comunidade no conselho comunitário ‘olha a gente vai e o diretor não aparece’, ‘olha, ele marca pra outro dia ou desmarcou.’, ‘olha mandou alguém que não tinha poder de decidir nada.’ E aí vai essa desmotivação do pessoal, tá desmotivado mesmo. Esse é um obstáculo.”

A fala exposta acima, coloca o fato da necessidade do gestor estar comprometido com a participação social, com a transparência da coisa pública, pois caso contrário o controle social não se efetiva. A posição dos gestores frente a participação social é decisiva, pois eles tem influência direta no funcionamento do conselho gestor e na possibilidade de fazer cumprir as suas deliberações, pois é ele quem possui as informações e os recursos necessários para a viabilização das decisões. O gestor tem que estar permeável as demandas da população, a se abrir ao diálogo, pois senão ele inviabiliza qualquer proposta de participação social. Desse modo, o controle social não se constrói com leis, ele é um processo de lutas e embates. O controle social se constrói no cotidiano e para tanto, usuários e profissionais de saúde tem que estar organizados, articulados, fortalecidos para superar essas dificuldades e criar estratégias para enfrentá-las.

A recusa do governo em partilhar o poder de decisão da política de saúde, vem se constituindo em um dos empecilhos para que os conselhos gestores possam cumprir com a sua natureza deliberativa. Tal resistência se expressa através de diversos mecanismos que buscam o esvaziamento desses espaços, como: a neutralização desses espaços, descaracterização do seu papel, depreciação das suas reuniões. Além da

cooptação de conselheiros, que ao se sentirem próximos das instâncias de poder passam a estabelecer uma relação de troca de favores, da utilização de tráfico de influência para a aquisição de benefícios e privilégios.

A relação entre Estado e sociedade civil nos conselhos gestores coloca aspectos da tradição política brasileira, marcada por relações de poder que se estabelecem sob a forma do mando e da obediência, e que na Baixada Fluminense associa-se a violência. Tais aspectos se realizam e se conservam através das relações de favor, de tutela e clientela, onde a utilização do fundo público não tem regras gerais se traduzindo no que oliveira (apud Raichelis, 1998) chama de regulação *ad hoc* (em que cada caso é um caso), o que dificulta o estabelecimento de políticas públicas globais. Uma sociedade que se estrutura de forma verticalizada e hierarquizada, e, portanto, antidemocrática, onde a noção de direitos e de igualdade não faz parte das regras que organizam o cotidiano da vida social. Desse modo, considera-se que a constituição de uma esfera pública democrática passa pela fixação dos valores de cidadania e de igualdade que aponta para a construção de uma cultura democrática.

“Isso significa conceber a luta política também como luta cultural. Não se pode haver mudança efetiva se as idéias e as consciências não se entrelaçarem com as eventuais alterações estruturais ou com as medidas legais destinadas a reformar a sociedade. Um novo poder político e um novo Estado precisam trazer consigo uma nova cultura e um novo homem.” (Nogueira, 2004:246).

Contudo, apesar de permeada por uma cultura política antidemocrática, a experiência nos conselhos gestores de unidade tem possibilitado momentos importantes de aprendizado democrático, no sentido de construção de uma nova cultura política. A esse respeito, é importante apontar a fala de uma representante da direção, que se referindo a constituição do conselho gestor na unidade de saúde, aponta para os “resultados pedagógicos” da participação e dos seus efeitos na construção de novos sujeitos políticos, que sinalizam para uma nova gestação que, embora ainda frágil diante do padrão prevalecente, parece promissora quanto à democratização das relações sociais e políticas.

“(...) Só que foi um processo bastante difícil, complicado, né. A gente não tem esse hábito né, culturalmente a gente não acha que possa tá resolvendo as coisas dessa forma. Pro usuário é muito difícil fazer críticas, levantar questões né. Se mexer e entender que ele, pro usuário e pra família também, que ele faz parte desse processo e que ele pode reivindicar, que a gente pode, por exemplo, tá pedindo uma reunião com o secretário de saúde, que a família pode tá lá e que

usuário também pode tá lá questionando né. Então, é..., eu vejo esse processo com bastante dificuldade né, da gente tá podendo vencer esses obstáculos. Mas eu acho que a gente ganha em relação as outras unidades porque a gente tem isso sempre em vista, é nossa ferramenta de trabalho mesmo. Tá resgatando a cidadania mostrando pra essas pessoas que eles são importantes, que eles podem tá definindo mesmo. A gente aqui tem um outro espaço que é bastante democrático, que é a assembléia geral de pacientes, que a gente faz duas vezes na semana, onde a gente faz uma avaliação da instituição. Nesse caso, só quem participa são os usuários e os técnicos. Mas que eles tão lá criticando, sugerindo mudanças, relacionado com a própria instituição né. Com o conselho gestor a gente conseguiu ampliar um pouco mais essa discussão. Por exemplo, a questão da viatura, eles puderam tá reclamando, tá levando essa queixa. O conselho gestor da unidade teve uma reunião com a executiva do conselho, onde o secretário de saúde tava presente, onde a gente pôde se posicionar em relação a isso, em relação a falta de medicação, num determinado momento da vida da gente. A gente enfrentava um problema muito grande com a falta de medicação. E a partir dessa intervenção, a partir desse momento, desse encontro lá na executiva do conselho, com o secretário de saúde, com os membros do conselho gestor, essa situação se resolveu. A gente tá mais de um ano sem faltar remédio, tudo na mais perfeita ordem, maior tranquilidade. E eu atribuo isso ao conselho gestor, a esse movimento que a gente tem.” (gestor 3).

Outra questão que contribui para a baixa capacidade deliberativa dos conselhos gestores é a falta de capacitação dos conselheiros para uma atuação mais efetiva. Evidentemente, que nesse processo os conselheiros do segmento da direção e dos profissionais de saúde possuem uma vantagem em relação aos usuários visto o conhecimento que possuem acerca da máquina burocrática. Tal falta de capacitação, que será abordada num item mais adiante, vai desde o desconhecimento do papel do conselho gestor até a falta de informação e conhecimento acerca da legislação do SUS.

5.3. Representatividade

A constituição de uma esfera pública democrática pressupõe a existência de sujeitos políticos e sociais que atuem, que participem das decisões que os afetam, que lutem para determinar os seus direitos e exigir o que for necessário para que venham a usufruí-los. Sujeitos que sejam dotados de representatividade, de legitimidade, visto que a ação individual mesmo que importante, não é suficiente para a ação política. A

ação política exige sujeitos coletivos, que expressem, como diz Costa & Noronha (2003:361), “o auto-reconhecimento e o reconhecimento do outro como portadores de direitos e de interesses.”. Desse modo, este ítem propõe-se analisar como vem se dando a escolha e indicação dos representantes nos conselhos gestores de unidade de saúde de Duque de Caxias, principalmente os do segmento dos usuários e profissionais de saúde, bem como o tipo de relação que os mesmos vem estabelecendo com a sua base.

Para participar de um conselho, aqui no caso do conselho gestor de unidade, é necessário que o conselheiro que representa um determinado segmento tenha a sua representatividade reconhecida pelo grupo ao qual está representando, o que significa que eles devem ser escolhidos e indicados pelos membros do segmento ao qual faz parte. Somente o reconhecimento pelo seu grupo confere legitimidade a essas pessoas e lhes conferem o direito a exercitar a parcela de poder que lhe foi delegada através do voto. Isso também, vai implicar num compromisso desses representantes junto aqueles que o indicaram, respeitando as suas posições e as defendendo no conselho, bem como no dever de informar e prestar contas aos seus representados.

Em relação a escolha e indicação dos representantes dos usuários para o conselho gestor de unidade, as entrevistas apontam para ocupação desses espaços por pessoas que se identificam com a luta da saúde, e que portanto já militam nessa área. Por outro lado, os atuais conselheiros colocam a dificuldade em mobilizar a população local para a eleição do seu segmento, bem como demonstra uma resignação frente a esta desmobilização, fazendo com que ao invés de buscarem estratégias para reverter este quadro acabem por reforçá-lo, mantendo os grupos mais ativos e consolidados, conforme demonstra a fala a seguir: “...foi chamado, teve chamado de reunião pra tirar essas pessoas, mas não há um interesse muito grande da população não. E quem se interessa vai tocando o conselho.”(usuário 5).

Quando perguntados se houve divulgação do processo eleitoral, de modo geral, observa-se que essa divulgação quando é feita apresenta falhas, e que geralmente essa divulgação não é realizada para os usuários da unidade de saúde, que acabam sendo excluídos desse processo de escolha.

“É, houve divulgação, ampla divulgação não, a gente divulgou como deu. Aqui, como eu tava falando, o maior meio de divulgação é o jornal da igreja católica e, pra associação de moradores foi divulgado, assim pros presidentes, e esperou-se que fosse divulgado e...Agora não foi ampla divulgação, até porque o distrito é grande

mas em área territorial e é muito difícil, por causa da área rural. Mas foi divulgado com as pessoas que a gente conhece em cada área rural, em cada lugar, foi divulgado sim.”(usuário 5).

Também, identificou-se conselho gestor que não realizou divulgação do processo eleitoral. *“Não, não teve divulgação não.”(usuário 4).*

Por outro lado, identificou-se conselho gestor que realizou seu processo eleitoral dentro da unidade de saúde, onde os eleitores foram os próprios usuários do serviço saúde, que foi caso do conselho gestor do CAPS. Tal questão é sinalizada por uma representante do segmento dos usuários.

“Teve divulgação, teve votações. Foi por votações. Teve votações entre os pacientes e os usuários, os parentes dos usuários. Foi divulgado no CAPS. Com cartazes, com, com, papeizinhos pra gente votar. Foi idêntico a uma eleição mesmo, entendeu? Teve as urnas. Teve urnas. Foi votação com urnas. Tinha as urnas pra quando a pessoa fosse votar colocar o nome daqueles...Aí nós fomos eleitos, teve eleição mesmo pra eleger os usuários, eleger os pacientes, eleger os parentes dos pacientes e eleger os técnicos.”(usuário 6).

A representante da direção do conselho gestor do CAPS, também coloca como se deu esse processo de divulgação, indicação e eleição dos representantes dos usuários para o conselho.

“(...) Nas reuniões dos grupos de famílias. A gente tem muitos espaços onde a gente trabalha com essas pessoas né.(...)Aí nesses grupos de família a gente começou a divulgar a importância de tá podendo compor esse grupo e tal. E aí também surgiram candidatos e houve também eleição, e depois entre usuários também. E isso foi um processo demorado, acho que a gente demorou uns três meses, assim, até a gente sensibilizar todos os segmentos, montar eleição, eleger os membros, tomar posse.”

A participação nos conselhos gestores de unidade têm levado a um processo de polarização entre a participação institucional e a mobilização social, onde os representantes dos usuários têm valorizado a inserção institucional. No entanto, é necessário tornar claro que a participação nos conselhos não pode substituir o movimento de organização das bases, pois este último é condição fundamental para o fortalecimento desses espaços e para que a participação se efetive.

Uma das peculiaridades do conselho gestor de unidade é que ele encontra-se mais próximo da experiência concreta dos seus sujeitos, possibilitando o processo de formação de uma identidade coletiva a partir da percepção de carências comuns

vivenciadas no cotidiano do local de moradia, que os leve a reivindicar direitos. Contudo, não há uma relação mecânica e espontânea entre a carência e a mobilização voltada para a afirmação de um direito, pois só quando ela é vivenciada e reconhecida como tal é que se transforma em exigências de direitos. Para tanto, é necessário a realização de um trabalho de organização dos moradores, apropriando-se ou criando espaços que propicie discussões acerca da política de saúde local, estimulando a prática participativa e o desenvolvimento de uma reflexão crítica frente aos problemas vivenciados.

A população usuária do subsistema público de saúde é formada por um segmento da sociedade com baixa organização popular, baixa capacidade de vocalização, dispersas, em condições de vulnerabilidade social, portanto, excluídas do conjunto das riquezas, bens, serviços, direitos e que devido a essa situação tendem a ser alvo de práticas políticas clientelistas. Desse modo, a importância do processo de participação encontra-se exatamente na incorporação dos grupos mais excluídos da sociedade, que passam a ter nos mecanismos de participação direta uma primeira forma de reconhecimento dos seus interesses. Sendo assim, os conselhos gestores de unidade possuem uma função educativa, visto serem um espaço embrionário de amadurecimento do processo democrático que tem por objetivo fortalecer a consciência de cidadania e sanitária da população.

Entretanto, de modo geral, as entrevistas apontam para o fato de que a grande parte da população usuária dos serviços de saúde, desconhecem a existência dessa instância de participação, expressando a falta de visibilidade social desses espaços, o que resulta no não reconhecimento, por parte desse segmento, daquele que o representa no conselho gestor. Tal questão é apontada na fala de uma representante dos usuários.

“A maioria não tem conhecimento da existência do conselho gestor... Hum...E também quando tem, os que tem, algumas pessoas, pode até ter mas não sabe direito o que é, não sabe direito pra que serve. Ah, fala assim ‘você trabalha lá’, aí eu ‘ah não, mas a gente pode ir lá e tal’, mas não sabe direito o que é, não tem essa noção. Do direito que tem de participação, que pode vir, na hora não sei o que pensa.”(usuário 5).

A ausência de mecanismos de divulgação e a pouca efetividade na atuação do conselho gestor é apontado, por uma representante do segmento dos usuários, como um dos empecilhos para o engajamento da população usuária nessa instância de participação.

“Tem muita gente que não sabe, porque não é divulgado né. E também, antigamente as pessoas tinham essa conscientização, mas a partir do momento que ficou desacreditado. Que todas as reivindicações foram feitas anteriormente não foram cumpridas o povo não teve mais interesse de participar. Era mais participativo antigamente.” (usuário 4).

Conforme sinaliza a fala acima, um dos maiores desafios das propostas de gestão democrática, é conseguir produzir os resultados esperados pela população e, ao mesmo tempo, conseguir mantê-los mobilizados, e ajudá-los a crescer enquanto cidadão, contribuindo para que superem a visão imediatista que permeia a vida cotidiana. Muitas vezes as pessoas se envolvem em mecanismos participativos, mas acabam por se frustrarem perante os poucos resultados alcançados, visto não compreenderem que a produção de resultados nem sempre é controlável, pois na implementação de qualquer política surgem obstáculos e mudanças situacionais, que podem ocasionar perdas e retrocessos. Assim, se as pessoas são convidadas a participar das reuniões do conselho gestor, mas isso não se traduz nem em ganhos efetivos e nem em avanços elas tendem a se desinteressar, por não compreenderem os limites dessa atuação.

Outro representante do segmento dos usuários, também aponta para o desconhecimento da população usuária acerca da existência do conselho gestor de unidade, e coloca a necessidade de haver divulgação das diversas instâncias de participação.

“Olha só, não. A população, a comunidade em si de Caxias, eles não sabem que existe o conselho gestor para esse trabalho. Eu acho assim tá. Por quê? Pouca divulgação, do conselho gestor do hospital até do conselho municipal de saúde. Porque, automaticamente tinha que vir de lá né. A gente tinha que acatar as ordens que vem de lá do conselho, e a gente também tá fazendo alguma coisa pra poder tá divulgando o conselho gestor. Porque automaticamente, os pacientes que freqüentam o hospital Duque eles não sabem que existe conselho gestor, eles não sabem pra que serve o conselho gestor. Por quê? Não tem divulgação.” (usuário 2).

Uma representante do segmento dos usuários coloca a utilização do jornal da igreja católica, enquanto um mecanismo utilizado para divulgação do conselho gestor, mas reconhece a sua insuficiência.

“(...) É, e aí o que a gente usa, mais uma vez a gente usa o jornal da igreja católica. Mas aí são os católicos que tem essa informação as demais pessoas não tem, não tem essa informação.” (usuário 5).

Por sua vez, os conselheiros que representam o segmento dos usuários, não tem se articulado entre si antes das reuniões do conselho para aprofundarem as temáticas relativas a pauta das reuniões. No máximo, eles costumam chegar um pouco antes da reunião do conselho gestor, para montarem a pauta da reunião, tempo insuficiente para que discutam essa pauta e apresentem propostas conjuntas para os temas apresentados. Com isso, os conselheiros acabam emitindo sua opinião sobre determinados temas, resultado do seu acúmulo pessoal ou da sua adesão às propostas surgidas no calor do debate. Sem um amadurecimento prévio das discussões, os representantes dos usuários acabam ficando a mercê de pessoas ou grupos com maior capacidade de argumentação e influência. Tal questão acaba por acarretar uma fragilização desse grupo e se tornando em mais um empecilho para que a proposta de conselho gestor se efetive enquanto espaço de representação de diferentes interesses.

“Não a gente não senta pra se reunir não. Senta quando chega, um pouquinho antes ou telefona pro outro quando há um problema. Um telefona pro outro, são tudo conhecido, mora perto. Um telefona pro outro ‘vale a pena colocar isso ou o que a gente faz?’. Ou fora do dia da reunião, se precisar, a gente vai na secretaria. Tá sempre em contato sim, mas não se reuni antes pra preparar uma pauta não.”(usuário 5).

“A pauta. Nós fazemos. Nós chegamos até mais cedo pra tá fazendo a pauta aqui mesmo.”(usuário 4).

“Não. Se a gente se encontra casualmente a gente até comenta ‘ah, esse assunto a gente devia levar pra pauta’. Ou,então, por exemplo, eu costumo tá pontuando as coisas que eu gostaria de tá levando pras reuniões do conselho. Agora, ter um dia pra gente tá se reunindo pra tá discutindo as questões do conselho não.”(usuário 3).

Entretanto, cabe destacar a fala de uma representante do segmento dos usuários do conselho gestor do CAPS, que ao contrário, costumam se reunir antes das reuniões do conselho para discutirem as necessidades do grupo que representa.

“A gente se reuni antes pra falar o que a gente quer, o que o CAPS está precisando, o que está, a gente está necessitando no momento, entendeu? A gente se reuni pra isso”.

A falta de vínculo dos representantes do segmento dos usuários com a sua base torna-os frágeis no processo de deliberação no interior dos conselhos, bem como a ausência de divulgação desses espaços diminui o seu potencial de democratização da esfera pública.

Ao ocupar no conselho gestor de unidade o lugar de poder na representação popular, alguns representantes do segmento dos usuários, acabam por se identificar com o discurso do gestor, esquecendo-se da sua condição de usuário dos serviços de saúde também.

“(...) O usuário é muito exigente, exige muito, as pessoas no caso aqui. Eu to falando daqui! Aqui a gente vai pra fila pergunta um monte de coisa pro pessoal, o pessoal diz o que acha. Fala aqui, se fala daqui...A gente vai pra direção, a direção ‘a gente tá fazendo isso pra melhorar, pra melhorar o atendimento’. Ai tem pessoas que não entendem, os usuários são muito....muito chato. Exige muito ou não quer entender.Não quer entender a melhoria que estão fazendo naquela unidade pra aliviar mais pra eles. No caso, foi feita uma triagem aqui, porque quer fazer uma melhora, porque tumultua a emergência com casos que devem ser tratados no ambulatório.... isso não é problema pra emergência então vai pro ambulatório. Porque realmente tem casos que não deveriam estar na emergência. Ai o pessoal acha que não, que com essa triagem enrolou mais o negócio, que é fila daqui, fila dali.”(usuário 1).

A falta de visibilidade social dos conselhos gestores, bem como a falta de vínculo do representante do segmento dos usuários com a sua base, faz com que ele não tenha a sua representação legitimada pelo seu segmento, que se expressa no não reconhecimento desse sujeito pelo seu grupo, levando a alguns conselheiros na realização do seu papel de fiscalização a não se identificarem como membros do conselho gestor, por medo de serem confundidos com aqueles que exercem o poder institucional.

“(...) A gente vai pras filas, conversamos como qualquer usuário, mas não nos identificamos como sendo do conselho gestor, porque se a gente se identificar vão achar que a gente é igual a eles. [referindo-se aos atores institucionais].”
(usuário 1).

A questão da representativa está relacionada com o vínculo que o representante estabelece com a sua base. Ele precisa se auto-reconhecer como parte do grupo ao qual representa, pois é nesse processo de identificação que ele percebe que os problemas enfrentados por aquele grupo são os seus problemas também, e que, portanto a luta pelo seu enfrentamento tem que ser coletiva. Para tanto, é fundamental que o representante mantenha-se em diálogo com a sua base, mantenha o grupo mobilizado, discutindo, aprofundando as questões surgidas no conselho gestor de unidade, bem como levando para o conselho gestor as questões surgidas no processo de discussão com a sua base. A

fala de uma representante da direção expressa bem o significado de ser representante, ao se referir à postura dos representantes do segmento dos usuários no conselho gestor de unidade do CAPS, reconhecendo-os como verdadeiros porta-vozes do seu segmento.

“(...) E é interessante que as duas representantes dos usuários, inclusive os suplentes também, participam ativamente das reuniões, e eles são representativos do grupo de usuários. Então, são pessoas assim, que mais mobilizam o grupo, que estão mais atentos a tudo que está acontecendo. Eu vejo, na própria assembleia eu vejo esse movimento. Às vezes eu participo das assembleias, elas acontecem às quintas-feiras, é complicado pra mim participar, mas sempre que eu posso eu participo. E eu observei, de uma delas dizer assim ‘ah, então eu vou levar isso pra reunião do conselho gestor’. Então, elas tentam de alguma forma né...E também, no conselho gestor elas também falam ‘ah, os usuários estão reclamando disso ou daquilo.’ Então elas entendem exatamente qual é o papel delas, enquanto representantes de usuários no conselho gestor e são porta-vozes mesmo. Eu diria que elas são porta-vozes mesmo dos desejos dos outros pacientes, e levam mesmo as queixas e as coisas que estão acontecendo.” (gestor 3).

De modo geral, as reuniões dos conselhos gestores não tem contado com a participação de outras pessoas que não sejam os membros do conselho. Tal questão resulta da falta de conhecimento das pessoas acerca da existência do conselho gestor, bem como da falta de interesse em participar das reuniões fruto da falta de eficácia das suas ações. Mas também, essa pouca participação nas reuniões do conselho gestor, pode significar a reprodução de uma postura bastante comum nos mecanismos de democracia representativa, com a qual a proposta dos conselhos busca romper, que é o de delegar aos representantes a competência nas decisões sem haver formas de controle das bases, o que dá margem às práticas antidemocráticas.

Essa falta ou pouca participação de pessoas que não são membros do conselho gestor nas suas reuniões, é apontada nas entrevistas.

“(...) Mas eu acho que a gente poderia ter uma participação maior dos outros usuários, dos outros familiares, dos outros técnicos, entendeu? As reuniões acabam acontecendo somente com os membros do conselho gestor mesmo.” (profissional de saúde 2).

“Não, é muito difícil essas pessoas participarem.” (usuário 4).

“Poucos participam, não tem. No dia da reunião a própria direção passa nas enfermarias convidando.” (usuário 1).

Uma representante do segmento dos usuários coloca que às vezes tem participação de alguns usuários que não são conselheiros na reunião, principalmente quando está acontecendo algum problema na unidade.

“Às vezes tem, porque a gente anuncia no jornal da igreja, até pode. Às vezes umas pessoas dessas, mesmo não sendo do conselho comparecem. Ainda mais se está acontecendo algum problema, dizer que está surgindo algum problema, comparece bastante gente. Tem reuniões de a gente ter 20 pessoas ou mais.” (usuário 5).

Em relação aos mecanismos de comunicação que os conselhos gestores representantes dos usuários utilizam para receber denúncias e reclamações da população identificaram-se três formas: conversas informais nas filas, livro de reclamações e assembleias.

As conversas informais nas filas apresentam-se como o principal mecanismo utilizado pelos conselheiros gestores para receber as reclamações e denúncias da população.

“Olha, de vez em quando a gente vem um de nós, próximo de uma vez por semana, alguém do conselho gestor vem aqui. É uma coisa espontânea. Quem é que tem tempo disso vem aqui porque nós somos moradores próximos né. Então, nós vemos ver como é que está funcionando. De repente, a direção nem sabe que nós estamos aqui, entendeu?” (usuário 4).

“(...) A gente procura informações nas filas (...)” (usuário 1).

“Tem, a gente conhece, conversa com as pessoas. A gente conversa com as pessoas, pergunta como tá o atendimento, como tá andando as coisas, o que eles acham de como tá o atendimento, se tem alguma mudança. Se eles acham que mudou alguma coisa, se mudou pra melhor ou pra pior. A gente sempre conversa com eles. Eu, pelo menos, sempre converso com os pacientes sobre isso”. (usuário 2).

Um conselho gestor de unidade possui livro de reclamações, sendo inclusive um material que é lido nas reuniões do conselho para que as denúncias sejam averiguadas.

Também, um conselho gestor de unidade, apropria-se do espaço das assembleias que ocorrem duas vezes por semana na unidade, onde participam usuários e profissionais de saúde, para levantarem questões que serão levadas para a pauta das reuniões do conselho gestor.

Quanto a falta de relação do segmento dos usuários com a sua base, que tem fragilizado a sua representação nos conselhos gestores, também tem sido agravada pela

situação de esfacelamento dos movimentos sociais. Verifiquemos os determinantes desse processo.

Por um lado, a precarização das condições de vida do trabalhador, fruto das mudanças ocorridas no mundo do trabalho, conforme visto na primeira parte desse estudo, que ao acentuar a luta pela sobrevivência diminuiu o tempo dos trabalhadores para participar de movimentos populares, o que vem contribuindo para dificultar assim, o processo de mobilização. Tal questão é apontada pelo representante do conselho comunitário de saúde, ao analisar as dificuldades enfrentadas pelos conselhos gestores.

“(...) Depois a falta de perna mesmo, o povo tem que lutar pra sobreviver. Em outras épocas, não sei como, apesar de todas as dificuldades parece que a gente tinha mais tempo pra tá. A gente acompanhava as unidades de visita mensal, todo mundo sabia em detalhes. Hoje não encontra gente com tempo pra estar de fato...Ou porque ficou mais velho e o reumatismo já não deixa tanto, ou porque nasceu o netinho e tem que cuidar pra que a filha possa ir trabalhar.”

Ainda em relação às condições de vida da população, outro fator que vem dificultando a participação é a falta de dinheiro para se locomover, visto o alto preço das passagens de ônibus na Baixada Fluminense. Tal fato deve ser considerado, pois muitas vezes o distrito é grande em termos territoriais, e para se chegar à unidade de saúde é preciso pegar condução, quando ela existe. Por exemplo, no distrito de Xerém, onde há uma área rural que é afastada da localização das unidades de saúde existentes, onde as pessoas até para terem acesso ao atendimento de saúde tem que fazer uma caminhada de duas horas para chegar. Tal questão é apontada por uma representante do conselho comunitário de saúde.

“Muitos também não participam porque não tem condições de pagar passagem. As passagens ficaram muito caras e o salário defasado. Tem gente que tem vontade de participar, mas tem que se deslocar.”

A falta de dinheiro para a passagem de ônibus enquanto inibidor da participação dos usuários na reunião do conselho gestor de unidade, também é apontado por uma representante do segmento dos usuários do conselho gestor do CAPS.

“Tem vezes que vai bastante gente e tem vezes que não coisa porque é o problema que eu to te falando, que às vezes falta muito paciente por falta de passe e não tem condições de vir por causa da passagem.”

Outra questão refere-se a redefinição da prática da Igreja Católica, que como expressão da onda neorracionalista, fruto da confluência da crise do capitalismo e do socialismo real, voltou-se para atuação mais interna, visto que era ela quem formava os

quadros políticos para atuarem nos movimentos populares na Baixada Fluminense. Essa questão das igrejas como uma das razões do enfraquecimento do movimento popular é apontada por uma representante do conselho comunitário de saúde.

“Esse desmembramento das igrejas também contribuiu para o enfraquecimento do movimento popular. Alguns grupos vão para umas igrejas mais pentecostais da oração.”

Um representante do conselho comunitário de saúde aponta como algo que também vêm contribuindo para o enfraquecimento do movimento popular, a estratégia de cooptação de lideranças comunitárias ou o uso do clientelismo e da prática da troca de favores.

“Estratégia do governo de cooptar de liderança. Ou canalizar a reivindicação, só aceita se tiver o vereador dono do bairro. Loteado o município na mão de 21 vereadores. Então, o povo via que não era a associação que tinha poder, mas o vereador tal. Pra dá entrada no hospital era o Geraldo Moreira. Até pra cirurgia eletiva tinha que ter a cartinha do deputado, mas do que ter o exame necessário. Então, o povo que não é bobo ‘eu vou ficar fazendo nesse movimento o que se quem decide está ali adiante’.”

A questão da utilização da prática clientelística é uma característica da atuação dos vereadores da Baixada Fluminense. Eles criam os chamados “serviços sociais”, no exercício da sua função pública e utilizam o seu poder para beneficiar sua clientela, que pode ser restrita a uma área geográfica ou difusa geograficamente, e fortalecendo a sua dominação em uma determinada comunidade. Tal questão, que foi vista no primeiro capítulo da segunda parte dessa dissertação, estava presente na prática política de Tenório Cavalcanti, bem como na de José Camilo Zito dos Santos.

O processo de focalização da saúde, que se expressa no fenômeno da universalização excludente, conforme visto na primeira parte deste estudo, tem promovido a chamada “cultura assistencial”, em que os segmentos mais pobres da população são impedidos de se constituírem como sujeitos portadores de direitos. A política de assistência à saúde constituída nesse contexto neoliberal acaba por reforçar o clientelismo, visto se pautar na desigualdade entre os indivíduos.

Em relação a participação dos profissionais de saúde nos conselhos gestores de unidade, de modo geral as entrevistas apontaram para o fato que tal representação tem sido problemática.

Uma representante da direção aponta para a falta de participação dos representantes dos funcionários nas reuniões do conselho gestor de unidade: *“Nunca vão, só quem vai é o Davi, que não é o representante, mas eu peço pra ele ir. Seria bom que eles participassem, pois eu não sou técnica e eles poderiam ajudar na hora das questões.”*(gestor 4). Mais adiante, ela vai colocar tal questão, como sendo uma dificuldade apresentada no conselho gestor: *“Funcionários não participarem. Nunca tem, o Davi é que vai por que eu peço”*. (gestor 4).

O representante do conselho comunitário de saúde, referindo-se as estratégias para enfrentamento das dificuldades do conselho gestor, aponta para a falta de participação dos profissionais de saúde nessa instância de participação, bem como coloca um dos determinantes para essa falta de participação.

“Se houver alguma estratégia ela vem dos usuários. Porque mesmo aquele profissional que está representando o conjunto dos profissionais no chamado conselho gestor, ele diz assim ‘eu só posso ir no dia que cair no meu plantão’. E plantão, sabe Deus como é que é. Então, essa participação do profissional, ela não é regular porque depende do plantão dele, da escala, da folga, e sei lá o que. E aí já não se conta.”

Em decorrência desse pouco interesse dos profissionais de saúde em participar do conselho gestor de unidade, o processo de eleição e indicação dos seus representantes têm apresentado dificuldades.

De modo geral, poucos profissionais de saúde têm demonstrado interesse em se candidatar às eleições para o conselho gestor. Isso tem levado a muitas vezes, não haver processo eleitoral, mas apenas um chamado para as pessoas participarem e aí, quem se interessa passa a ser o representante. Tal questão tem dado margem, a um processo antidemocrático, de interferência de alguns diretores na representação desse segmento.

Uma representante dos profissionais de saúde no conselho gestor, coloca como se deu o processo de indicação do seu segmento: *“Foi através da direção. Chegou pra mim através de uma assistente social daqui, que explicou como era. Sabendo do que se tratava, achei importante e me candidatei.”*(Profissional de saúde 3).

A representante da direção, desse mesmo conselho gestor coloca a dificuldade para conseguir constituir a representação dos profissionais de saúde: *“Os funcionários foram meio que laçados.”*(gestor 5).

Outra representante dos profissionais de saúde coloca falta de mobilização do segmento na sua unidade para retirar essa representação.

“Nada, nada, nada. Seu Nelson, coitado, tenta fazer esse movimento pra reunir o conselho, mas até agora não houve nada”. (profissional de saúde 1).

Apenas dois conselhos gestores de unidade contaram com um processo eleitoral participativo para retirar a representação dos profissionais de saúde.

“Foi votação. Numa reunião de equipe foi colocado que ia ser formalizado o conselho gestor e as pessoas colocaram os nomes. E aí nós mesmos, colegas, nós votamos naqueles que a gente queria que ficasse como titular, e aqueles que tiveram menos voto ficaram como suplentes. Eu lá trás era suplente, hoje eu sou titular.”(Profissional de saúde 2).

“Foi votação. Houve os candidatos que foram votados pelos demais profissionais. Teve divulgação, foram colocados em todas as salas, tanto no ambulatório como na emergência, um cartaz com o nome de todos os candidatos, ata, tudo direitinho. A urna é levada pra que todos, todos votarem. Em todos os plantões, porque na urgência é regime de plantão.” (profissional de saúde 4).

Em relação a articulação dos representantes do profissionais de saúde com a sua base, apenas dois representantes apontaram a existência dessa articulação.

“Mais cedo, antes de ir. Até porque os assuntos surgem no dia-a-dia. Então, quando é direcionado para o conselho gestor, é discutido entre nós e levamos pra ser discutido com os usuários e familiares. Mas entre os profissionais é discutido antes, o que a gente vai fazer, como a gente vai fazer. Toda quarta tem reunião de equipe, toda quarta-feira, então a partir daí vai surgindo. Ou os problemas que surgem dia-a-dia. Porque quando surge dia-a-dia, não dá pra você esperar chegar até quarta-feira. Então, quando o assunto é pra ser levado para o conselho gestor, a gente leva pra reunião.”(profissional de saúde 2).

“Faço, faço. Tanto eu como a outra. E aí nós vamos fazer uma discussão pra ver o que é melhor. Porque tem reunião, que a gente participa, eu e as outras três, e geralmente, não estamos nós três, então pelo menos uma tem que estar. Então, se tiver só eu ou a Silvia, e aí ela me passa, e aí nós vamos passar para os outros funcionários ‘ e aí houve isso, nossa opinião foi essa, o que vocês acham e tal’, e a gente tira dali uma posição.”(profissional de saúde 4).

Uma representante dos profissionais de saúde colocou que quando tentou discutir com o seu segmento as questões do conselho gestor, sofreu discriminação por ser conselheira.

“Eu estava tentando para mostrar o que é o conselho gestor, mas as pessoas ainda não estão acreditando no conselho gestor. As pessoas acham que ser conselheira é ser dedo-duro e começam a discriminar por isso, que eu estou

querendo aparecer. Agora, eu já não digo que sou do conselho gestor.”(profissional de saúde 3).

A fala acima, aponta para uma dificuldade que vem se constituindo para a adesão dos profissionais de saúde à implementação de práticas participativas nas unidades de saúde, o preconceito em participar de ações que signifiquem controle e fiscalização por parte dos usuários, mas também o desconhecimento do significado dessa instância, que tem levado a acharem que o profissional que participa desses espaços está querendo “mostrar serviço”, ou “aparecer para a direção”. Tal questão, em parte, é resultado de muitos embates que acontecem entre os usuários e os profissionais de saúde. Inclusive, conforme apresentado anteriormente, o conselho comunitário de saúde colocou que no início da experiência dos conselhos gestores no município, eles tiveram muitos embates com os profissionais de saúde, pois devido a uma distorção do papel do conselheiro, eles costumavam controlar o cartão de ponto dos funcionários. Por outro lado, a discriminação em relação ao saber popular, por não querer aceitar a opinião de quem não tem conhecimento técnico. Além, da falta de experiência em práticas democráticas, em discutir os problemas de forma democrática.

Também, quando perguntamos se as pessoas sabiam da existência do conselho gestor, essa representante dos profissionais de saúde, respondeu o seguinte: *“Acho que não. A enfermagem não tem”.*(profissional de saúde 3).

Outra questão que interfere na participação dos profissionais de saúde, é o medo de se expor e sofrer perseguição pela direção da sua unidade. Tal questão é colocada por uma representante dos profissionais de saúde.

“Eu vou dizer uma coisa pra vocês, antes desse governo o atual. Antigamente, o Dr. Everaldo não deixava passar nada pra fora, o Dr. Everaldo resolvia aqui dentro. A gente levava as questões pra ele, discutia com ele, então as coisas não iam a frente. O outro dizia que...Nunca deu importância né. Aí a pessoa ia direto lá na secretaria, comunicava o prefeito ‘prefeito, olha só, a funcionária Ana falou isso, isso, pra mim’. Aí o prefeito ligava pro diretor ‘olha, eu quero a funcionária fora daí.’ Acabava sofrendo uma perseguição porque fazia algum tipo de reclamação. (...) Então, o atual governo faz isso. Se o cara trabalhasse bêbado, a direção só ficava sabendo porque ligavam pra cá. Então, ao invés de resolver as coisas aqui, ia direto fazer fofoca ao prefeito, e não vem falar com o diretor o que está acontecendo. Então, o nosso município virou um negócio de política. A gente trabalhava aqui com negócio de política, tudo aqui é político. (...) O funcionário ele tem muito medo, o funcionário em si tem medo de fazer alguma coisa, de ser

perseguido.(...)Então você vê que o funcionário começa a participar, vai, vai, vai, quem participa mais é a comunidade. O funcionário começa 'ah, eu vou ficar sem pagamento', 'ah, eu não vou não, isso vai me prejudicar'.(...)A gente tinha um movimento forte aqui dentro, a gente batia de frente mesmo(...)Tinha união, tinha união aqui dentro.(...)Então existia um respeito entre a gente mesmo.Hoje não.(...) Tá difícil". (profissional de saúde 1).

Na realidade, observa-se que um impasse vivenciado pelo movimento de reforma sanitária, foi que ele teve uma preocupação maior em elaborar propostas gerais para as políticas de saúde, não tendo conseguido estabelecer vínculos concretos com as condições de aplicabilidade nas instituições de saúde, desse modo suas propostas não tiveram ampla base de apoio junto aos profissionais de saúde.

A reforma sanitária deve ser concebida como um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional. Isso significa que para que a reforma sanitária se efetive tem que haver uma profunda transformação ético-cultural que envolva usuários, profissionais de saúde, a burocracia do Estado, de modo a reverter o paradigma hegemônico na cultura sanitária. Esse rompimento com o modelo hegemônico implica numa nova consciência sanitária, em uma nova ética profissional, numa transformação das práticas sanitárias. Se o processo de reforma sanitária não consegue se traduzir em mudanças ao nível do cotidiano, nas questões concretas do trabalho institucional, ele acaba por se constituir numa mera reforma administrativa. Sendo assim, os aspectos de continuidade acabam por suplantar os de mudança.

5.4. Capacitação Técnico-Política dos Conselheiros

A questão da capacitação técnico-política dos conselheiros, vem se impondo como condição necessária para o exercício do controle social, dada as atribuições legalmente conferidas aos conselhos de saúde. Entretanto, é importante assinalar, que a capacitação dos conselheiros não deve ser vista como uma panacéia, pois a desinformação generalizada é apenas um dos obstáculos para que a participação se efetive. Sendo assim, compreende-se que a capacitação dos conselheiros é um dos fatores que contribui para o fortalecimento do controle social, devendo a mesma ser um processo contínuo de formação e informação.

Os diversos sujeitos sociais têm apontado para a dificuldade de compreender o papel e as atribuições dos conselhos gestores, e colocado a necessidade de realização de cursos de capacitação para os conselheiros, para que possam ter uma atuação mais

efetiva. Tal falta de compreensão quanto ao papel e atribuições do conselho gestor tem levado a uma restrição do seu escopo de atuação.

“Falta principalmente em termos de legislação o que você pode ou não pode fazer, principalmente pra mim, né. Porque muitas vezes eu digo vamos fazer isso ‘Ah, isso não pode’. Então.... O conselho gestor só pode ir até aí. Mas não tá bem claro isso pra mim não, o que a gente pode e o que a gente não pode. Mas em termos de lei mesmo.”(usuário 5).

“Falta capacitação, que discutisse as atribuições do conselho gestor, a legislação que o rege e o seu papel. Mas essa capacitação deveria ser feita nas unidades, pois cada unidade tem sua especificidade e isso criaria uma distância menor na relação teoria e prática.”(gestor 5).

Essa falta de informação por parte dos conselheiros gestores, também é apontada pelo Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde.

“Eu acho que questão de formação, né. Porque o usuário vai muito pela discussão da base, e ele tem que tá inserido dentro de um contexto de uma discussão maior dentro da saúde. Como é o financiamento da saúde, as leis que regem o conselho municipal de saúde, a força que tem o movimento popular. Muitas das pessoas desconhecem essa mobilização, essa força que eles tem. Então, periodicamente curso de capacitação pra essas pessoas para você tentar renovar esse grupo e conseguir ter um contingente com um número suficiente, que possa tá de alguma forma alternando nessa representatividade e não perdendo a qualidade do...É o que a gente tá tentando fazer...”

É interessante observar na fala do secretário executivo do conselho municipal de saúde, que faz entender que essa falta de formação, diz respeito apenas ao segmento dos usuários, e que portanto, essa capacitação seria direcionada à eles. No entanto, em outra fala, ele aponta também, para a falta de formação dos diretores de unidade.

“(...)Pela dificuldade com os diretores que não tinham conhecimento do que era conselho gestor, a função de cada um, nós achamos por bem então fazer um estatuto, onde pudesse estar definindo a participação de cada segmento, e poder ter assim um elemento na mão para que pudesse estar sendo cumprida aquela determinação.”

Ao enunciarem sua concepção de saúde os conselheiros gestores, dividem-se em três perspectivas: uma concepção da saúde restrita, apenas como ausência de doença ou uma concepção de saúde genérica; a concepção de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) ou a concepção de saúde da Constituição de 1988, ou as duas concepções se complementando; e uma concepção holística da saúde. Sendo que, de modo geral, os

conselheiros gestores demonstram um desconhecimento da concepção de saúde como um direito de todos e um dever do Estado, resultante das condições de vida e de trabalho, tal como encontra-se na Constituição Federal de 1988.

A grande maioria dos conselheiros gestores, possuem uma visão genérica da saúde ou uma perspectiva evasiva, que aponta para uma visão da saúde como ausência de doenças.

A visão genérica da saúde, como busca de equilíbrio, prevenção, vida melhor, condições de atendimento, é apontada nas falas abaixo.

“Educação. Você se estressa, isso acarreta problema de saúde. Educação na alimentação, no seu vestir, no respirar, no andar. Falta propaganda para a educação para ter saúde.”(profissional de saúde 3).

“Saúde pra mim é qualidade de vida, ter direito às medicações, ter direito a um bom atendimento, realizar os meus exames, é não ficar na fila esperando naquele sol, na chuva, entendeu? É poder chegar pra fazer meu exame e fazer meu exame, vir pra minha consulta e ir pra consulta. Profissional falta a consulta e acha que tem que faltar e pegar [nãoentendi]. Se eu chegar atrasada na minha consulta, a minha consulta é remarcada, e aí eu chego lá pra minha consulta e o profissional faltou por que teve uma dor de cabeça e fica por isso mesmo, eu acho isso muito horrível...., . A saúde começa pra gente no bom atendimento, qualidade no atendimento. Qualidade no atendimento, não só do profissional que vai atender a gente não, começa desde o guarda na porta, desde de a pessoa que tá limpando aquilo ali.”(usuário 3).

“Saúde pra mim é...Pra mim sinônimo de saúde é prevenção. Eu acho que emergência essas coisas todas elas precisam existir, mas eu acho que é o cuidar do ser para que ele não adoça, para que ele não precise de uma emergência. Porque muita coisa poderia ser evitada se a gente tivesse programa....Por exemplo, aqui a gente poderia desenvolver muito mais a meu ver, se nós tivéssemos condições, condições até humana. Temos a nossa realidade, a gente sabe que é difícil, mas eu acho que informação. Saúde é informação, de você ter condições de passar para as pessoas como se cuidar, como se prevenir. Por que as pessoas não entendem....Com uma linguagem que eles possam entender. Por que o que passa na televisão né, é tudo muito bonitinho, mas dentro da sua realidade você tem que mostrar como preservar a saúde, mas numa forma que eles possam entender. Que você possa se fazer entender por eles, porque senão né, não tem .Saúde pra mim é prevenção, é informação, cuidado geral de tudo, município, federal, estado. Mas tem que haver a prevenção. O trabalho preventivo, educativo.”(profissional de saúde 4).

Ao apresentar o seu conceito de saúde, alguns conselheiros gestores tiveram dificuldade em defini-la, respondendo de modo evasivo, mas que ao mesmo tempo apontava para uma perspectiva de saúde como ausência de doenças. Essa dificuldade em definir o que é saúde, aponta mais uma vez necessidade de capacitação dos conselheiros.

“Saúde é tudo. Acho que não tem nenhum tipo de trabalho mais gratificante, entre aspas né, porque acho que o sofrimento das pessoas não traz benefício nenhum, mas quando você consegue ajudar alguém você tem um retorno próprio né. Você se sente bem em resolver.”(gestor 1).

“Saúde pra mim é tudo, principalmente aqui no hospital Duque.”(usuário 2).

“Saúde é vida. Se a gente não tiver saúde a gente não faz nada.”(usuário 1).

“A saúde é fundamental, mas a saúde está doente de modo geral. Saúde é tudo na vida da gente, se a gente não tem saúde a gente não tem nada.”(gestor 4).

Alguns conselheiros gestores, assumem implicitamente a concepção de saúde da OMS.

“Eu sempre entendi saúde assim como uma prevenção. Eu não consigo perceber a saúde curativa não. Eu sempre tive uma predileção pela saúde de prevenção. Então, a gente até morando numa região rural a gente até entende que deveria ter toda uma prevenção voltada para a criança não tá pisando na lama, não tá pisando na...Ser criada a vontade, criança pra mim tem que ser criada a vontade, mas todo um cuidado pra não ter que se chegar nas emergências dos postos, pra não ter que tá curando o que já tá doente. Então é toda uma estrutura. É saneamento, é água tratada, é comer direito, é a criança ter acesso a um alimento de qualidade, que não precisa ser muito, não precisa ter coisas finas e chiques, a criança lá tem que ser tratada...é ensinar a fazer horta, é ensinar todo aquele trabalho da pastoral da criança, toda aquela coisa....Isso pra mim é saúde. Não é uma coisa curativa não.”(usuário 5).

“Tenho uma visão ampla, de bem-estar físico, social. Acho que é isso.”(gestor 5)

“Saúde é tudo, é o bem-estar físico, mental. Saúde é tudo, é o bem-estar físico, mental, ambiental, enfim é tudo, porque a pessoa sem saúde não é nada.”(usuário 4).

Uma representante da direção ao definir a saúde, apresentou uma concepção holística, na qual a saúde é vista como um estado de harmonia entre o corpo, a mente e

o espírito: *“Quando o ser humano se sente integrado no universo, fisicamente e mentalmente.”*(gestor 2).

Uma representante da direção ao definir saúde, apresentou uma concepção tendo como referência tanto a concepção da OMS como da Constituição de 1988.

“Saúde...hoje eu diria num conceito mais ampliado né, saúde não é só ausência de doença né, acho que a gente pode tá ampliando aí né, entendendo que é o bem-estar físico, mental, social. Mas ligado a esta questão de direito também, de você tá conseguindo, pleiteando direitos, lutando por essa cidadania....Isso é tá promovendo saúde, fazer com que as pessoas tenham mais autonomia, mas liberdade de decisão, tenham....Possam tá pleiteando coisas que deveriam estar sendo obrigatórias: que é esse direito de estar sendo bem atendido, por exemplo né, de tá podendo prevenir doenças, de poder ser esclarecido, ter esclarecimento né. Isso tudo né, acho que a gente pode estar dizendo que faz parte disso tudo né.”(gestor 3).

Uma representante dos profissionais de saúde apresentou ter conhecimento da Constituição Federal, assumindo a sua concepção de saúde com clareza e segurança. Assim, toma a saúde como resultado das condições de vida, um direito social e um dever do Estado.

“Nossa! Saúde é um direito de todos e dever do Estado, etc etc etc....Saúde é tudo cara.....Pra você ter uma saúde você precisa desde o saneamento básico até aqui em cima né. A gente não tem na verdade, até tem mas é falho né.”(profissional de saúde 2).

Observa-se em relação a concepção de saúde expostas pelos conselheiros gestores, que a grande maioria têm sinalizado para uma perspectiva de saúde que supera a simples ausência de doenças. Contudo, isso não se expressa no conteúdo da pauta das reuniões dos conselhos gestores, cuja discussão gira em torno da falta de médico, falta de medicamentos, apontando assim para uma perspectiva de saúde restrita.

Em relação ao conhecimento do SUS, questão que é fundamental pois as ações dos conselheiros gestores devem ser orientadas com base nos seus princípios e diretrizes, de modo geral, eles conseguem identificar uma mudança entre a política do SUS e o sistema de saúde anterior.

Numa perspectiva mais crítica, identifica-se alguns conselheiros gestores, que demonstram ter algum conhecimento sobre o SUS, e conseguem perceber um fosso entre o SUS legal e o SUS real. Conseguem identificar os princípios que integram o SUS (universalidade, participação social, integralidade, equidade, descentralização,

igualdade), considerando-o um avanço em relação ao sistema anterior de saúde, devendo portanto ser defendido. Percebem, que o SUS não vem sendo implementado, estabelecendo uma dissociação entre a proposta expressa na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde e a saúde que está sendo prestada à população.

“(...) Eu sei que esse não é o SUS que a gente quer, ele tem muito que melhorar só que a gente tem que investir nele. Eu acho que a gente não pode desistir do SUS. Ele trouxe essa questão da descentralização (...) O SUS ele tá mais no papel (...) O SUS é um direito de todos, que a gente tem direito e acesso a exames, tem direito e acesso a medicação, e a gente vê que não é nada disso né.”(usuário 3).

“Na verdade tudo que está escrito lá na legislação não é colocado em prática. Pelo menos eu vejo dessa forma. Quem tá no dia a dia vê dessa forma. Não adianta você querer, como se diz no popular, tapar o sol com a peneira né. Na verdade a lei tá lá fica pra lá e eles não querem nem saber. Porque quando você vem pra prática você tem um péssimo atendimento né, é um descaso muito grande com os pacientes(...) Não dá pra você falar de uma lei se na verdade ela não é posta em prática. Como é que você pode dizer que você tá cumprindo a lei, não tá. Tá na Constituição ‘Saúde é direito de todos e dever do Estado’, qual saúde que nós temos?”(profissional de saúde 2).

“Eu acho que o SUS é grande avanço, eu acho assim que no papel ele é perfeito né. A gente precisa tá colocando, realmente tá lutando pra que ele possa efetivamente ser colocado em ação. Eu acho que tem um grande avanço, por exemplo, é a gente pensar quem é que tinha direito né, quem é que tinha direito a tá sendo atendido antigamente e hoje em dia né. Quer dizer você tinha que contribuir, você tinha que tá, tá contribuindo pra ter acesso, pra ter garantia a ser atendido porque caso contrário você era atendido como indigente, não tinha direito a saúde. E hoje em dia não, hoje em dia você tem direito a ser atendido em qualquer lugar, acho que isso amplia (...) Eu acho que essa meta, essas coisas que o SUS tem, a equidade, igualdade, essas coisas, são metas realmente, que a gente tem que tá tentando atingir. Eu acho que isso, nesse sentido, eu acho que o SUS é uma grande revolução né, a gente tá com esse sistema de saúde. Agora, eu acho que o que é difícil ainda é a gente tá colocando isso em ação né. Que é o acesso, a questão da integralidade, que ainda é difícil de tá sendo se colocando a questão da gestão participativa. Mas eu acho perfeito, que é um sistema perfeito, e eu acho que é isso que a gente tem que lutar mesmo pra tá conseguindo implementar na sua integralidade, que aí é que tá o problema.”(gestor 3).

Uma representante do segmento dos gestores, consegue identificar a distância entre a proposta do SUS e a política de saúde implementada, mas considera o SUS uma proposta utópica.

“Bom, na teoria deveria haver uma única via de atendimento, sendo que na realidade são peripetuações. Não existe um sistema único, mas fragmentos desse sistema. Os profissionais fazem encaminhamentos e as pessoas não são atendidas porque são de outro município. Fico pensando se o SUS não é uma utopia, pois não funciona em lugar nenhum.”(gestor 2).

Uma representante da direção de unidade de saúde, apenas cita alguns princípios do SUS, sem os conceituar. Isso pode significar um desconhecimento acerca desses conceitos, repetindo-os apenas mecanicamente.

“Equidade, Igualdade, Integralidade.”(gestor 5).

Uma representante do segmento dos profissionais de saúde consegue identificar a universalização como uma mudança no mecanismo de acesso da população ao SUS, em relação às políticas de saúde anteriores.

“Universalização, que passou a ser indiferente, porque antes havia aquela coisa dos sindicatos, da previdência, e o SUS universalizou, ele tirou isso. Todos tem direito a saúde, quer dizer, independente de estar trabalhando, de não estar..”(profissional de saúde 4).

Um representante do segmento dos usuários, ao avaliar a situação da saúde na unidade onde atua como conselheiro, associa o SUS a um atendimento de má qualidade e chega a confundí-lo com o INPS, bem como identificá-lo como um retrocesso em relação aos IAPs.

“Eu acharia que deveria acabar com o Sistema Único de Saúde. Voltar tudo como era antigamente. Município de Caxias Caxias, Município de São João São João, Município do Rio Rio, porque tem o Getúlio Vargas, tem o Souza Aguiar. Sabe Por que? Porque uniu aquilo tudo ali, e aí o que que acontece, aglomera muito num lugar. Por exemplo, tem paciente que vem do Rio pra cá. Muitos paciente que vem do Rio pra cá, e é atendido, só que vem pelo SUS. Pessoas que tem seguro, pessoas que tem plano de saúde. Tem muitas pessoas que tem plano de saúde caro que vem aqui. Por que? Porque aqui estão os melhores médicos do Rio. Então, muitas vezes é feito pelo SUS. Antigamente não, você era particular era particular, não era assim? Você era público: Getúlio Vargas e Souza Aguiar. É de Caxias, só era atendido em Caxias. Emergência só era atendido em Caxias. Tinha o PAM Venezuela que era o PAM dos barcadistas ali do Cais do Porto, era atendido ali. Tinha IASERJ, IAPERJ, IMERJ, tudo.... Cada um tinha os seus

setores. Agora juntou tudo no INPS e agora ficou uma aglomeração só. E você não sabe quem é quem, pra onde vai, aí fica difícil. Tem essa verba do SUS que vem pros municípios e que depois tem que ser distribuído pelos setores, não é isso?”(usuário 2).

Uma representante do segmento dos profissionais de saúde, sem realizar uma avaliação mais crítica, aponta para o caos no atendimento à saúde, identificando no aumento da população atendida o motivo da má qualidade no atendimento.

“Começou quando aumentou o atendimento, o atendimento aumentou mais, né. Cresceu mais, né, então o que acontece, vasão, o sistema não dá vasão ta. Existem médicos, funcionários, mas poucos funcionários, poucos médicos, o atendimento muito grande, entendeu? Por exemplo, se você procurar um otorrino a funcionária agora uma criança “olha, acabou o número! Só atende só quinze números!” O que vai fazer com essa criança o dia todo com dor de ouvido? São quinze números! Tem que ter aqui um hospital que tenha tudo isso aí com emergência porque um hospital só não vai dar. É o que eu estou dizendo pra você, o Duque ele está muito cheio, ele tá muito cansado não vai dar vasão, porque que eu to dizendo que não vai dar vasão, porque a população aumentou e não tá vindo só gente daqui. Porque você só pode se atendida lá se você tiver uma conta de luz. No Rio, você só pode ser atendido na saúde, nos hospitais do Rio se tiver uma conta de luz. Tinha um paciente psiquiátrico jogado aqui dentro, porque não tem lugar pra internar. Porque cresceu a população de gente psiquiátrica no município. Quer dizer, você pode colocar, aqui você pode ser atendida com a conta de luz do Rio, com a conta de luz...você pode ser atendida aqui, agora você não pode ser atendida lá embaixo. É isso que eu to dizendo, é muito difícil você falar do..., da saúde, porquê? Psiquiatra só tem um aqui. Ele não tem aonde internar o paciente! Aí ele vem aqui, a pessoa vem aqui... aqui não tem atendimento pra mulher, só tem atendimento para homem só, o hospital aqui só tem atendimento de homem só, psiquiatria. Quer dizer, então a população mudou. Colocou quatro médicos aqui atendimento de ortopedia, você chega lá não consegue pegar mais número, se você chegar lá não tem mais número. A emergência não tá dando vasão, entendeu?” (profissional de saúde 1).

Uma representante do segmento dos profissionais de saúde, sem fazer qualquer análise sobre a política de saúde, diz não ter conhecimento sobre os princípios e diretrizes sobre o SUS.

“De momento não sei. A gente aprende isso na escola, mas não lembro.”(profissional de saúde 3).

Um representante do segmento dos gestores, apesar de dizer ter tido acesso a proposta do SUS, não faz qualquer menção a qualquer um dos seus princípios ou diretrizes.

“Eu li...eu fiz um curso de desenvolvimento gerencial pelo SUS, pela Escola Joaquim Venâncio da FIOCRUZ né, e a gente teve algumas noções do SUS, como o SUS começou a se formar, questão do cadastramento que está sendo feito, entendeu? O problema da saúde, que é uma coisa antiga, desde a época do Getúlio Vargas, que vem só piorando. A gente presenciou muito a formação do SUS. A expectativa pra que ele funcione melhor, é um prazo muito longo, entendeu? Mas lê legislação, legislação, eu nunca li.” (gestor 1).

Uma representante do segmento dos usuários, aponta para um desconhecimento sobre a proposta do SUS, e coloca a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mas apesar disso identifica uma melhora no atendimento.

“Eu acho muito precário, porque tem coisas que a gente consegue, como eu tô precisando de um gástrico, e eu ainda não consegui. Porque tá marcado um exame, esse exame eu tenho que fazer no PAM, pra eu poder remarcar pra eles me mandarem pra ir lá pra Cidade das Meninas, pra fazer esse exame. Então eu acho, que agora, no momento, teve uma melhora porque já teve muito pior, o tratamento já teve pior. Agora eu tô achando que tá bem melhor.” (usuário 6).

É importante ressaltar, o depoimento de uma representante do segmento dos gestores, que coloca que no serviço de saúde, tanto os profissionais como os diretores de unidade possuem muito pouco contato com a legislação do SUS.

“(...)Eu acho que na verdade, no serviço de saúde, a gente tem muito pouco contato com a lei, o que é um grande erro né. Eu como diretora de unidade, por exemplo, e creio que também a grande maioria dos diretores, não sabem, não leram ou não sabem, nunca viram isso né. Como eu tenho uma formação de políticas públicas, lá do mestrado e tal, eu acabei até conhecendo algumas coisas né. Essa parte, por exemplo, de financiamento que as pessoas acham um absurdo, que não entendem o que é gestão plena, plena de gestão básica, plena do sistema, são nomes e coisas que poucas pessoas sabem. Me lembro uma questão de financiamento, por exemplo, aqui do CAPs. Por exemplo, aqui a gente fatura por APAC. APAC é Autorização de Procedimento de Alta Complexidade, que é uma coisa super complicadinha pra poder colocar em ação. E o faturamento é extra-teto né. Então eu vejo que nas discussões, quando a gente tem as discussões aqui na equipe, na própria coordenação de saúde mental, como as pessoas desconhecem essa questão do financiamento. Desconhecem coisas básicas, como

por exemplo, de entender o que é uma gestão plena do sistema, o que muda no município ter uma gestão plena ou não ter. Como é que são esses mecanismos de financiamento, onde entra o fundo municipal de saúde. Eu acho que as pessoas desconhecem muito. Eu acho que o gestor, o diretor de unidade, tinha que ter de alguma forma um treinamento, ter um entendimento melhor sobre essas questões ligadas ao SUS, ligadas a essas questões amplas, de financiamento, de descentralização do sistema, eu sinto que sobre essas questões a gente é meio que jogado na unidade. Não existem um suporte assim sobre como se faz. Tudo o que eu sei hoje sobre financiamento, ou qualquer leitura que eu tenha feito sobre o SUS foi por conta da formação no mestrado, não foi por nada, nada do que tenha acontecido aqui. Talvez, se eu não tivesse feito o mestrado eu também não teria lido. Não saberia fazer hoje APAC, por exemplo, que é o que eu percebo em alguns municípios. A gente tem reuniões bimestrais com o estado, de orientações com o estado, vejo lá nas reuniões, os municípios, os CAPs, eles faturam muito abaixo do que eles poderiam faturar porque as pessoas não entendem o que eles tem que fazer, e elas não tem um suporte, não tem um suporte. O próprio estado não dá. Ele deu até um treinamento lá no início, tentando explicar um pouco como era a ótica do financiamento, de um modo geral, e como entrava o serviço de alta complexidade, pra poder tá explicando. Mas foi um treinamento, sei lá, uns dois anos e meio atrás e depois ninguém veio pra saber se tava fazendo certo ou errado. Não faz um monitoramento, um acompanhamento. E aí a gente precisa do controle e avaliação, aqui no nosso setor de controle e avaliação, aqui em Caxias, a gente tem pessoas até muito interessadas, mas como determinadas coisas são muito específicas da saúde mental acaba escapando. Então a gente fica assim meio perdido, e a gente tem que procurar por recursos próprios, conhecimentos, pessoas e tal que possam nos esclarecer. Mas eu também poderia cruzar os braços e dizer 'ah, eu não sei, não sei como fazer' e não caminhar, e não avançar. Como eu vejo que em algumas unidades, fora aqui do município, tem acontecido isso.”
(gestor 3).

Considera-se que a luta em prol de uma saúde pública de qualidade não pode estar dissociada da luta pela efetivação do SUS, visto que ele expressa a conquista de direitos sociais, adquiridos através das lutas dos movimentos sociais na década de 80. É evidente, a distância entre as determinações constitucionais e as condições efetivas para exercê-las, mas a transformação desse quadro requer a defesa de um projeto sanitário que tenha por fundamento o direito universal. Para que o SUS, ultrapasse o seu aspecto meramente legal e torne-se uma realidade, muitas barreiras precisam ser enfrentadas,

sendo a capacitação dos conselheiros uma das estratégias para o seu fortalecimento, frente a realidade de conselhos fragilizados, desinformados. Convém ressaltar, que qualquer proposta de capacitação deve levar em consideração, o fato de que a renovação dos conselheiros gestores ocorre de dois em dois anos, período do mandato, devendo portanto ser um processo continuado.

O processo de capacitação continuada dos conselheiros gestores requer uma intervenção constante, adquirida através de uma assessoria permanente, que congregue as dimensões política e técnica, instrumentalizando-os e politizando-os para que possam ter uma visão crítica frente a proposições que tragam em seu bojo o projeto privatista, bem como para que venham a ter condições de apresentar proposições que visem o fortalecimento do projeto de reforma sanitária.

5.5. Articulação entre Conselho Municipal de Saúde e Conselho Gestor de Unidade *Versus* Conselho Comunitário de Saúde e Conselho Gestor de Unidade

Nesse ítem propõe-se analisar como vem se dando a articulação entre o conselho gestor e o conselho municipal de saúde, bem como do conselho gestor com o conselho comunitário de saúde. Tal discussão torna-se fundamental visto que a questão da articulação entre as diversas instâncias de participação possibilita, tanto o fortalecimento das ações dos conselhos, como uma melhor apreensão pelos conselheiros gestores da dinâmica global da política de saúde, questão necessária para a superação da fragmentação das suas ações.

Quanto ao conselho gestor de unidade e o conselho municipal de saúde, tal articulação torna-se necessária visto que se tratam de instâncias colegiadas, paritárias e deliberativas. No entanto, enquanto os conselhos gestores se constituem em espaços de deliberação sobre a política de saúde ao nível local, o conselho municipal é uma instância que delibera sobre a política de saúde ao nível municipal. Sendo assim, os conselhos gestores deveriam ser instâncias subordinadas ao conselho municipal de saúde, devendo encaminhar para o conselho municipal questões que envolvessem recursos financeiros, bem como participar do processo de formulação do plano municipal de saúde. Entretanto, de acordo com as entrevistas realizadas, observa-se uma desarticulação entre essas duas instâncias de gestão participativa.

De modo geral, a participação dos conselheiros gestores no conselho municipal de saúde, vem se dando de modo individual, não como algo deliberado em reunião do conselho gestor de unidade, com exceção apenas do Conselho Gestor do CAPS,

conforme já dito anteriormente. Isso demonstra que os conselheiros gestores não percebem a importância dessa articulação com o conselho municipal de saúde, bem como vêem a política de saúde de modo fragmentado. Por outro lado, o conselho municipal de saúde não estabeleceu qualquer mecanismo para que houvesse essa articulação. Tal questão pode ser exemplificada através da fala de uma representante do segmento dos usuários: *“Eu vou porque eu sempre participei do conselho municipal mesmo e eu participava do conselho municipal, e os outros [referindo-se aos demais membros do conselho gestor] não dão muita importância.”* (usuária 4).

Observa-se, que a aprovação no Conselho Municipal de Saúde da Resolução 002/97, não trouxe mudanças na dinâmica de funcionamento dos conselhos gestores. O conselho municipal de saúde não definiu qualquer estratégia para estimular a constituição ou rearticulação dos conselhos gestores, a partir da aprovação desse documento. Aliás, de acordo com as entrevistas, chegaram a ter propostas nesse sentido, mas que não foram implementadas. Assim, os conselhos gestores continuaram a se constituir de forma espontânea de acordo com os interesses da direção da unidade ou da organização do movimento popular local, mantendo a baixa institucionalização da proposta no município. Tal questão é apontada pelo Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde.

“Nós tentamos montar uma comissão de visitas, mas é difícil, não foi possível digamos assim cobrir todos os quatro distritos com relação a essa estratégia. Mas nós encaminhamos o estatuto para todas as unidades, fizemos divulgação, e dentro da medida do possível a gente está constituindo os conselhos gestores, mas isso depende muito do entendimento local. Quer dizer, se as pessoas que estão lá, funcionários, comunidade entenderem a importância que tem o conselho gestor, eles têm instrumento na mão pra tá dialogando com a direção, no sentido de formar aquele conselho gestor.”

O representante do conselho comunitário de saúde, aponta para os limites dos conselheiros municipais em estar assumindo a articulação dos conselhos gestores de unidade, tendo sido criada a figura do secretário executivo do conselho municipal à quem caberia essa atribuição, mas que mesmo assim acabou não acontecendo.

“Todas as unidades receberam, mas a gente viu que o pessoal que fazia parte do conselho não tinha pernas pra tá indo pras unidades pra ver conselho, então a gente criou a figura do secretário executivo do conselho, a quem caberia tá fazendo essa articulação, que foi feito durante um tempinho, mas que depois deixou muito a desejar. Nós brigamos primeiro pra que fossem os chamados

gerentes distritais a figura que viesse articular os conselhos, depois veio a figura do secretário executivo do conselho, que era atribuição dele articular pra que não deixasse o conselho gestor morrer; saber local, hora, data da reunião, ver questão de pauta e resolver problemas que houvessem entre comunidade e a direção, ata das reuniões e trazer o conselho formado. Só que isso não aconteceu.”

A falta de monitoramento ou acompanhamento do conselho municipal de saúde acerca do funcionamento dos conselhos gestores, é apontado por uma representante dos usuários.

“Eu acho que o conselho municipal devia assim, atuar de forma que não deixassem de acontecer as reuniões do conselho gestor. E se caso as reuniões do conselho gestor deixassem de acontecer que ficasse uma advertência, tanto pras unidades de saúde como pros conselheiros. Eu acho que tinha que fazer isso. (...)Que se as reuniões do conselho gestor deixasse de acontecer por causa da direção ou do conselheiro, houvesse uma advertência ou não sei o que. Que se não estiverem acontecendo que eles fossem chamados, visse o que estava acontecendo. Tem que monitorar, o conselho municipal tem que monitorar o conselho gestor.”(usuário 3).

O conselho gestor de unidade não se constituiu numa estrutura participativa no município de Duque de Caxias, apesar da aprovação da Resolução 002/97. Para que essa participação na gestão da coisa pública se efetivasse, seria necessário a adesão do poder público à proposta para que ele viesse a se tornar um paradigma, o que não aconteceu. Assim, a resolução tornou-se apenas um instrumento para quem queira instituí-lo, sem qualquer estímulo por parte do Conselho Municipal ou da Secretaria Municipal de Saúde. Com isso, mantém-se a irregularidade do funcionamento dos conselhos existentes, visto não ser um modelo institucionalizado, e como reflexo disso, são espaços que tem contribuído pouco para a democratização da esfera pública.

No relato de uma representante da direção acerca do processo de criação do conselho gestor na unidade, ela expõe que a sua constituição se deu a partir do incentivo de uma representante da Secretaria Estadual de Saúde e que, ninguém na unidade tinha conhecimento da existência de uma norma aprovada pelo conselho municipal de saúde.

“(...)Eu gostaria de falar um pouco do início desse conselho gestor aqui no CAPS, da dificuldade que a gente tinha de entender. A própria equipe, eu mesmo como direção...Eu lembro que quando eu entrei no CAPS, a gente tinha supervisão

institucional do estado, que era a Gina Ferreira, que tocava muito nisso. 'Vocês tem que ter um conselho gestor, só assim que vocês vão estar mais fortes pra poder pleitear. Não é a briga da direção, a briga do técnico, mas o conselho gestor da unidade, dá um outro status pra essa queixa, pra essa discussão que vocês vão levar'. Mas não nos...a gente não tinha ferramentas, não entendia direito como que a gente ia colocar isso em ação. Então a própria equipe, eu particularmente, a própria equipe, a gente resistiu um bocado pra colocar isso em prática, porque a gente não sabia muito bem como fazer. E aí a gente foi com dificuldade, meio sem acreditar mesmo na força que poderia ter esse movimento, a gente decidiu tá fazendo, aos poucos, fazendo uma eleição, o que foi um processo muito interessante aqui no CAPS, porque a gente trabalha com essa possibilidade da gente tá devolvendo pra esse cidadão, a essa pessoa que tem transtorno mental esse direito a tá falando, direito a fala, o resgate da cidadania, dos direitos. Então tem tudo a ver, eu penso, com a proposta do conselho gestor(...)A gente acabou fazendo o conselho gestor porque, principalmente, essa pessoa do estado nos trazia sempre essa situação embora nunca nos tenha dado ferramentas, nos dado explicação. Ela só dizia que era importante o conselho gestor. E eu não sabia o que era o conselho gestor e a maior parte da minha equipe não sabia o que era o conselho gestor(...)Assim que a gente começou a pensar em fazer, eu acho que foi no início de 2003, a gente começou a procurar, ver coisas escritas, lê e tal, e aí a gente procurou o conselho municipal de saúde, o Roberto Amaral, que tinha o Estatuto, que inclusive tinha pessoas que podiam nos orientar, você foi inclusive uma das pessoas que no início nos orientou, ele próprio veio aqui no dia da eleição, no dia da posse. E aí a gente começou a saber que tinha o estatuto, tirei cópia, entreguei pros usuários, entreguei pros familiares, pra equipe técnica. (...)” (gestor 3).

Em relação à articulação entre o conselho gestor e o conselho comunitário de saúde, que é o fórum de discussão e de formulação de proposições da sociedade civil, identificou-se que de modo geral, os representantes do segmento dos usuários nos conselhos gestores, não participam das assembleias do conselho comunitário. Isso faz com que os representantes dos usuários nos conselhos gestores, defendam posições individualizadas, fragilizando essa participação. Tal articulação seria fundamental, visto que fortaleceria a participação dos usuários nos conselhos gestores em prol da luta por uma saúde pública de qualidade, com a criação de uma pauta unificada de proposições e a politização das demandas, bem como possibilitaria o estabelecimento do vínculo do conselho comunitário com a sua base fortalecendo a sua representação no conselho municipal de saúde aonde tem assento.

Quando se perguntou ao representante do conselho comunitário de saúde se eles têm acompanhado o funcionamento dos conselhos gestores de unidade, ele apontou para a ausência dessa articulação entre essas duas instâncias de participação.

“Quando um ou outro membro de algum conselho que ainda respira por aí trás alguma coisa, mas nem de reuniões, olha ‘a unidade está assim ou tá assado’, mas acredito que reuniões regulares nenhuma das unidades.....”

Uma representante do segmento dos usuários aponta para a fragilidade do conselho comunitário de saúde, o esvaziamento de suas assembleias, como um fator que a tem feito desanimar a participar desse fórum.

“O conselho comunitário, a gente tá participando por uma fase assim que eu digo, a gente tem se organizar lá, a gente tem que tá mais estruturado. Até porque eu entendo o conselho comunitário mais como uma base pra que os usuários estarem se organizando para o conselho municipal né. E aí eu sinto que a gente tem que estar se organizando enquanto conselho comunitário porque senão a gente não vai ter essa estrutura que a gente tá precisando. E ele tá deixando a desejar, pelo mesmo pelo que eu vejo né. Então, a gente fica assim desanimado de sair daqui vai pra reunião e tem duas pessoas, tem...Mas eu mesmo pessoalmente estou deixando a desejar a participação no conselho comunitário. Não vou com frequência não.”(usuário 5).

Diante da avaliação do representante do conselho comunitário de saúde de que os conselhos gestores encontram-se desmantelados, perguntou-se se o fórum possui alguma proposta para reverter essa situação. Vejamos o que ele respondeu.

“O conselho comunitário voltar a se reunir visitando unidades e com isso a gente motivar, inclusive a comunidade local e quem sabe, a partir dali tá reativando esse processo de participação mais popular dentro das unidades. Talvez esse seja um caminho. O Fernando deu a idéia de pegar na agenda antiga nome de pessoas antigas que se afastaram do movimento e vê se reanima nesse ano novo.”

Em relação a existência de alguma estratégia, por parte do conselho municipal de saúde, para reverter esse processo de desmantelamento dos conselhos gestores de unidade, o representante do conselho comunitário aponta para o fato disso ser algo de preocupação apenas do segmento dos usuários.

“Se houver alguma proposta ou estratégia ela virá do usuário. Porque mesmo o profissional que está ali representando o conjunto dos profissionais no chamado conselho gestor, ele diz assim ‘eu só posso ir no dia que cair no meu plantão’. Então, quer dizer, e plantão sabe Deus como é que é. Então, essa

presença e participação do profissional ela não é regular, porque depende do plantão dele, da escala, da folga e tal, e aí já não se conta. O diretor, o administrador, salvaguardado algumas figuras como a Marlene e a Helena, que estavam comprometidas com o movimento popular, outros não tinham interesse em ver esse negócio funcionar. E aí sobra pra um segmento, que é dos usuários mesmo. Se houver alguma proposta a ser levantada no conselho municipal é pelo usuário, mas por outro segmento não espere.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi elaborado com o objetivo de analisar o exercício do controle social na área da saúde, a partir da experiência dos conselhos gestores de unidade no município de Duque de Caxias.

Reafirmo a idéia inicial de que a criação de conselhos deliberativos e paritários, especialmente dos conselhos gestores de unidade, representam um avanço na democratização da relação Estado e sociedade, visto contribuírem para uma nova concepção de esfera pública caracterizado pelo reconhecimento do direito de todos à participação da vida pública com vistas à socialização da política e do poder. Entretanto, o estudo indica que na prática esses conselhos vêm enfrentando diversos desafios que vêm limitando o seu potencial democratizante.

Se por um lado, o conselho gestor de unidade é expressão da conquista democrática e dos esforços de publicização da esfera pública de segmentos progressistas da sociedade civil, por outro, tal proposta vêm enfrentando os impasses impostos pela dinâmica societária, bem como dificuldades decorrentes da cultura política sob a qual se fundou o Estado brasileiro, marcado pelo patrimonialismo, pela exclusão da população no processo de gestão das políticas sociais, por meio do predomínio da burocracia, com ênfase nos aspectos administrativos e técnicos; bem como decorrentes das práticas políticas, que visam ao clientelismo, a cooptação e que na Baixada Fluminense, associa-se à violência como mecanismo de construção das relações de poder. Desse modo, apesar da Resolução 002/97, ter definido o caráter deliberativo dos conselhos gestores de unidade, os limites impostos à participação e ao controle efetivo sobre as decisões políticas vem sendo enormes, em decorrência dessa recusa dos gestores de partilharem o poder, que faz com que continuem mantendo estruturas centralizadas, hierarquizadas, e mecanismos de lealdade ao poder dirigente.

Os conselhos gestores de unidade na sua concepção original, pautam-se num referencial de participação, que tem por base a universalização dos direitos sociais e a ampliação do conceito de cidadania, bem como se referencia na compreensão do Estado democrático e de direito, responsável pela política de saúde. Desse modo, tal proposta vem na contramão do processo histórico-conjuntural, marcado pela hegemonia do

projeto neoliberal que é avessa à ampliação do sistema de proteção social e à responsabilização do Estado pela sua condução.

A partir dos anos 90, o projeto de democratização da saúde, construído nos anos 80 e inscrito na Constituição Federal de 1988, passa a sofrer violentos ataques por meio da contra-reforma neoliberal para o setor. Conforme foi visto no decorrer desse trabalho, tal processo não se restringe ao setor saúde, mas abrange a gestão pública de modo geral, visto integrar uma das estratégias de enfrentamento da crise capitalista iniciada a partir de finais da década de 60.

Nesse contexto de hegemonia neoliberal, observa-se uma concepção de participação baseada na idéia de desresponsabilização do Estado pelas políticas sociais, havendo um resgate da sociedade civil numa relação de co-responsabilidade e de divisão de tarefas com o Estado para a resolução das crises econômica e social, configurando um processo de refilantropização, o que contraria a perspectiva de participação social gestada na década de 80. Tal perspectiva de participação retoma a concepção de participação comunitária, cujo referencial é a solidariedade e o trabalho voluntário de auto-ajuda. De acordo com o estudo, esta perspectiva de participação aparece, de forma hegemônica, na visão acerca dos conselhos gestores apresentada pelos conselheiros, onde os mesmos são vistos enquanto órgãos que devem ajudar, colaborar e em última instância realizar atividades assistenciais dentro da unidade de saúde.

Tal perspectiva de participação acaba por colocar em xeque a saúde enquanto uma política pública universal, bem como mantém a população excluída do processo decisório. Sendo assim, os sujeitos sociais tendem a agir de forma acrítica, compreendendo a política de saúde de modo desarticulado e despolitizado, assim como percebe a realidade de forma fragmentada, buscando mudanças imediatas, localizadas, que venham a responder as carências de modo pontual. Isso tem como reflexo uma desvalorização da articulação, por parte dos conselheiros gestores, com as outras instâncias de participação, como o conselho municipal de saúde e o conselho comunitário de saúde.

Coerente com a perspectiva hegemônica de participação, identificou-se no discurso da maioria dos diversos sujeitos sociais entrevistados uma compreensão dos conselhos gestores de unidade, enquanto espaço de consenso, onde os diversos interesses são pactuados. Tal compreensão associa-se a perspectiva teórica presente de forma hegemônica nos estudos sobre os conselhos, influenciado em Habermas. Tal

perspectiva aparece no discurso dos conselheiros gestores através da crítica ao surgimento de conflitos no seio dos conselhos gestores, o que leva a defesa desses órgãos enquanto espaços harmoniosos. Com isso, dissipa-se a disputa entre interesses antagônicos.

No entanto, conforme a perspectiva teórica e política utilizada nesse estudo, baseada em Gramsci, os conselhos de saúde são espaços tensos onde diferentes interesses estão em disputa. O enfrentamento entre projetos políticos antagônicos, é intrínseco a natureza da esfera pública, sendo nesta que as diferenças adquirem visibilidade, sendo reconhecidas e submetidas à cena pública de modo que do embate público se dê a adesão em torno de posições hegemônicas. A hegemonia está relacionada com direção política e cultural na formação de uma vontade coletiva, que está relacionada organicamente ao que Gramsci chama de “reforma intelectual e moral”. Para tanto, torna-se fundamental que sejam constituídos sujeitos sociais no movimento de conquista do consenso e da direção ético-política em torno de valores a serem fixados com vistas a formação de um projeto político. Isso exige a formação de sujeitos sociais que sejam capazes de elaborar propostas e vocalizá-las, com base nos interesses das classes ou camadas sociais a qual pertence.

Desse modo, torna-se fundamental que os conselheiros gestores tenham como horizonte, uma ação política que vise a superação da esfera da cotidianidade, que possibilite a passagem para a esfera da totalidade, com vistas ao rompimento com as estruturas de dominação objetivando a transformação da realidade. Para tanto, é fundamental que os conselheiros gestores estejam articulados com as demais instâncias de participação, como o conselho comunitário de saúde e o conselho municipal de saúde, de modo a vincular a luta pela melhoria da prestação dos serviços de saúde a um projeto sanitário, bem como participarem de outros mecanismos de organização coletiva (sindicatos, partidos políticos), de modo a transcender a luta setorial e corporativa de suas representações, e se constituírem em tradutores de demandas sociais mais amplas, que construa uma direção hegemônica capaz de inscrever na política pública os direitos sociais das camadas populares.

Nesse contexto de hegemonia neoliberal, é gestada uma cultura política da crise, marcada pelo pensamento privatista e pela constituição do cidadão-consumidor, utilizada pelo grande capital como estratégia de busca de consenso junto a classes trabalhadora para a implementação da contra-reforma do Estado. Com isso, há um deslocamento do objetivo das lutas coletivas por lutas corporativas, que aglutina

interesses particulares e imediatos visando a pulverização da luta dos movimentos sociais, desqualificando-os e despolitizando-os. Tal concepção encontra-se em consonância com o ideário das classes dominantes cuja perspectiva é a americanização da sociedade brasileira, através da neutralização dos processos de resistência por meio da utilização de estratégias persuasivas, que obrigam os trabalhadores a uma postura política defensiva. Assim, o projeto coletivo de construção de direitos sociais universalizantes, igualitários, é substituído por um projeto corporativo, que no âmbito da seguridade social será marcada pela defesa da mercantilização das políticas de saúde e previdência para os trabalhadores estáveis, e a focalização dos serviços públicos para os segmentos mais pobres da classe trabalhadora, o que na saúde se configurou na chamada universalização excludente, cujo impacto é a criação de uma cultura assistencial que infantiliza, tutela e torna vulneráveis os segmentos mais pobres da população, impedindo-os de se constituírem como sujeitos portadores de direitos legítimos.

A redução do subsistema público de saúde a um segmento da sociedade com baixa organização política, vivendo condições de vida precarizadas, que são os tradicionais alvos das políticas clientelistas, vem colocando o desafio da incorporação desses segmentos no processo de participação, visto ser na participação direta que tais grupos sociais têm a possibilidade de terem os seus interesses reconhecidos. Nesse sentido, o conselho gestor possui uma função educativa, visto ser um espaço embrionário de amadurecimento do processo democrático, que visa o fortalecimento da consciência sanitária e política.

Ciente dos inúmeros desafios enfrentados pelos conselhos gestores de unidade para instituir a esfera pública no campo da saúde, a incorporação dos usuários desse sistema no processo de participação torna-se central, pois conforme foi visto no decorrer desse trabalho, inexistia uma esfera pública sem a representação de interesses coletivos, sendo junto a esses segmentos mais empobrecidos da classe trabalhadora, que a política de saúde precisa construir uma nova legitimidade.

O enfrentamento desse desafio considero estar no investimento no processo de organização da população local, apropriando-se ou criando espaços que propicie discussões acerca da política de saúde local, estimulando a prática participativa e o desenvolvimento de uma reflexão crítica frente aos problemas vivenciados, com vistas a criação de uma identidade coletiva a partir das carências comuns, que os leve a reivindicação dos seus direitos.

Outro problema que vem sendo enfrentado pelos conselhos gestores de unidade, é o de obter um maior envolvimento dos funcionários nesses espaços. Tal processo evidencia-se no processo eleitoral para o processo de escolha desse segmento, que tem sido marcado, de modo geral, por um processo antidemocrático de indicação pela direção de seus representantes. Diversas questões devem ser consideradas para responder a esse problema: a falta de organização desse segmento; uma visão preconceituosa de muitos funcionários sobre os usuários; a falta de compreensão sobre a importância desses espaços dos usuários; a resistência corporativa à implementação de práticas participativas que implique no controle e na fiscalização dos usuários; o medo de expor suas posições políticas publicamente, pois isso pode incorrer em perseguição por parte das direções das unidades; desconhecimento sobre a existência desses espaços; falta de experiência em práticas democráticas, em discutir os problemas de forma democrática. Além dessas questões, contribui para esse processo, o fato que o projeto de reforma sanitária, não ter conseguido obter a aliança dos profissionais de saúde inseridos nos serviços de saúde, e com isso não conseguiu romper com o paradigma hegemônico na cultura sanitária, transformando-se numa mera reforma administrativa.

Conforme a análise apresentada nesse estudo, observa-se que os conselhos gestores de unidade no município de Duque de Caxias não conseguiram se institucionalizar enquanto prática de gestão, mesmo após a aprovação da Resolução 002/97, o que tem se refletido na pouca contribuição dos mesmos na democratização da esfera pública.. Tal fato demonstra, que o controle social não se constrói através da criação de leis, mas é um processo cotidiano de lutas e embates, o que requer que usuários e profissionais de saúde estejam organizado, articulados e fortalecidos para superar as dificuldades e criar estratégias para enfrenta-las.

No contexto de disputa entre os dois projetos societários – democracia restrita e democracia de massas- considero fundamental a defesa da gestão democrática das políticas sociais para o fortalecimento do projeto de democracia de massas. Sendo assim, destaco algumas estratégias que podem contribuir para o fortalecimento da proposta dos conselhos gestores de unidade:

- Fortalecimento do conselho comunitário de saúde, podendo ser uma das estratégias a realização de encontros populares descentralizados;
- Realização de pré-conferências;

- Capacitação continuada dos conselheiros gestores, por meio de uma assessoria permanente, que congregue dimensões política e técnica, com vistas a instrumentalizá-los e politizá-los;
- Envolvimento dos conselhos gestores no processo de elaboração do plano municipal de saúde;
- Criação de mecanismos de comunicação, divulgação e informação pelos conselhos gestores de unidade e pelo conselho municipal de saúde;
- Reunião de articulação dos conselheiros gestores, tanto do segmento dos usuários quanto do segmento dos profissionais de saúde, para elaboração da pauta das suas reuniões;
- Trabalho de mobilização dos profissionais de saúde para participarem dos conselhos gestores de unidade;
- Articulação entre os conselheiros representantes dos usuários e profissionais de saúde.

O profissional de Serviço Social pode ter uma contribuição significativa no fortalecimento dos conselhos gestores de unidade, enquanto um profissional reconhecidamente articulador entre serviços, usuários e comunidade. Ele pode atuar na criação, organização, assessoria, acompanhamento e/ou capacitação desses conselhos.

A partir da Constituição Federal de 1988, com a instituição do SUS e a institucionalização da descentralização e da participação social na política de saúde, foi aberto um leque de possibilidades de atuação profissional, principalmente no campo do controle social. Abre-se a possibilidade do desenvolvimento de uma prática profissional, que comprometida com as classes subalternas, contribua para que estas controlem as ações do Estado, a elas incorporando os seus interesses e demandas. Sendo assim, a prática do profissional de Serviço Social no âmbito do controle social, e mais especificamente, junto aos conselhos gestores de unidade, vem se colocando enquanto uma demanda potencial devendo, portanto, ser fortalecida, visando a sua contribuição para efetivação dos princípios do SUS e para o controle social.

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE**, Paulette Cavalcante de. *Planejamento e Participação Popular em Saúde: O caso de Duque de Caxias*. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1994. (Dissertação de Mestrado).
- ALMEIDA**, Célia Maria. “Reforma do Estado e Reforma de Sistemas de Saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças. *Ciência & Saúde Coletiva*, Volume 4, Número 2, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1999.
- ALMEIDA**, Célia. “As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão” in *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, CEBES, vol. 27, n° 65, set/dez de 2003. (12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca).
- ALMEIDA**, Maria Hermínia Tavares de. “Federalismo e Políticas Sociais” in *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, ANPOCS, n ° 28, ano 10, junho de 1995.
- ALVES**, José Cláudio Souza. *Baixada Fluminense: A Violência na construção do poder*. São Paulo, Departamento de Sociologia/USP, 1998. (Tese de Doutorado).
- _____. *Dos Barões ao Extermínio: uma história da violência na Baixada Fluminense*. Duque de Caxias-Rio de Janeiro, SEPE-Núcleo Duque de Caxias/APPH-CLIO/ Biblioteca Comunitária Oscar Romero, 2003.
- ANDERSON**, Perry. “Balanço do Neoliberalismo” in **SADER**, Emir; **GENTILI**, Pablo (Orgs). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995.
- ANDRADE**, Vera Regina Gonçalves; **RECHTMAN**, Moisés - *Organizações Sociais e Saúde Pública*. Rio de Janeiro, FSS/UERJ, 1997 (mimeo).

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho?*. São Paulo, Cortez, 1998.

ARRETCHE, Marta. “O Mito da Descentralização como indutor de maior Democratização e Eficiência das Políticas Públicas” in **GERSCHMAN, Silvia; VIANNA, Maria Lucia Werneck** (organizadoras). *A Miragem da Pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1997.

_____. *Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização*. Rio de Janeiro, Editora Revan; São Paulo, FAPESP, 2000.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. “O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais” in *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, CEBES, vol. 27, n° 65, set/dez de 2003. (12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca).

BARRETO, Maria Inês. “As organizações sociais na reforma do Estado brasileiro” in **PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; GRAU, Nuria Cunill** (Orgs). *O Público Não-Estatal na Reforma do Estado*. Rio de Janeiro, FGV/CLAD, 1999.

BARROS, E. “O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde” in Brasil/Ministério da Saúde. *Incentivo à participação popular e o controle social no SUS*. Brasília, 1994.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em Contra-Reforma – desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo, Cortez, 2003.

_____; **BOSCHETTI, Ivanete.** “Seguridade Social no Brasil e perspectivas do governo Lula” in *Revista Universidade e Sociedade*. Brasília, Andes, n° 30, junho de 2003.

BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. *A Cidadania Ativa – Referendo, Plesbicito e Iniciativa Popular*. São Paulo, editora ática, 2003.

BIONDI, Aloysio. *O Brasil Privatizado – Um Balanço do desmonte do Estado*. São Paulo, Fundação Perseu Abramo, 1999.

BODSTEIN, Regina Cele de A; **SENN**A, Mônica de Castro Maia; **SOUZA**, Rosimary Gonçalves. “Novos desafios à gestão em saúde: a experiência do município de Duque de Caxias, RJ” in *Revista da Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 33 (4), jul./ago de 1999.

BORÓN, Atilio. “A Sociedade Civil depois do dilúvio neoliberal” in **SADER**, Emir; **GENTILI**, Pablo (Orgs). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988.

_____. *Lei 8080*, 19.9.1990.

_____. *Lei 8142*, 28.12.1990.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais*. RJ, Cortez / Editora UFRJ, 1996.

_____. “O Serviço Social na Saúde na década de 90” in *Cadernos Superando Desafios*. Rio de Janeiro, Hospital Universitário Pedro Ernesto, n°2, 1997.

_____. “O Serviço Social na Contemporaneidade: Desafios para a construção de uma esfera pública democrática” in *Em Pauta*. Rio de Janeiro, UERJ, n° 15, jul./dez. de 1999.

_____; **MATOS**, Maurílio Castro de. “A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal” in: **BRAVO**, Maria Inês Souza; **PEREIRA**, Potyara A. P. (orgs) *Política Social e Democracia*. Rio de Janeiro, Cortez – UERJ, 2001.

_____. *Gestão Democrática das Políticas Sociais*. Rio de Janeiro, FSS/UERJ, 1998 (mimeo).

_____. *A X Conferência Nacional de Saúde - em síntese: conjuntura, temática e análise*. RJ, FSS/UERJ, 1996 (mimeo).

_____. “Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos” in: **BRAVO**, Maria Inês Souza; **PEREIRA**, Potyara A. P. (orgs) *Política Social e Democracia*. Rio de Janeiro, Cortez – UERJ, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; **SOUZA**, Rodriane de Oliveira. “Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional”. *Revista Ser Social*, Número 10, Brasília, Universidade de Brasília, janeiro a junho de 2002.

_____. “Participação Social e controle Social” in **BRAVO**, Maria Inês Souza; **MATOS**, Maurílio Castro de; **ARAÚJO**, Patrícia Simone Xavier de. (orgs). *Capacitação para Conselheiros de Saúde: Textos de Apoio*. Rio de Janeiro, UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____. “Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos” in: **BRAVO**, Maria Inês Souza; **PEREIRA**, Potyara A. P. (orgs) *Política Social e Democracia*. Rio de Janeiro, Cortez – UERJ, 2001.

_____; **MATOS**, Maurílio Castro de. “Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate” in **BRAVO**, Maria Inês Souza; **VASCONCELOS**, Ana Maria de; **GAMA**, Andréa de Sousa; **MONNERAT**, Giselle Lavinias (Orgs). *Saúde e Serviço Social*. Rio de Janeiro, Cortez Editora/UERJ, 2004.

BRAZ, Marcelo. “O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social” in *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, Cortez, nº 78, junho de 2004.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. “Reforma Administrativa do Sistema de Saúde” in: **MARE**. *A reforma administrativa do sistema de saúde*. Brasília, Ministério da Reforma Administrativa e Reforma do Estado, Cadernos MARE da Reforma do Estado, nº 13, 1998.

CARVALHO, Antônio Ivo. *Conselhos de Saúde no Brasil - Participação Cidadã e Controle Social*. RJ, IBAM/FASE, 1995.

_____. “Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado” in **FLEURY**, Sonia (organizadora). *Saúde e Democracia: A luta do CEBES*. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.

CHAUI, Marilena. “ Raízes teológicas do populismo no Brasil: teocracia dos dominantes, messianismo dos dominados” in **DAGNINO**, Evelina (Org.). *Anos 90: Política e Sociedade no Brasil*. São Paulo, editora brasiliense, 1994.

CONIL, Eleonor Minho; **BRAVO**, Maria Inês Souza; **COELHO**, Franklin Dias. “Políticas públicas e estratégias urbanas: o potencial político dos Conselhos de Saúde na construção de uma esfera pública democrática” in *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, Cortez, n° 49, novembro de 1995.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Código de Ética Profissional*. Brasília – DF, CFESS, 1993.

_____. *Lei n° 8662, de 7 de junho de 1993*. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (Duque de Caxias). *Resolução n. 2, de 11 de abril de 1997*. Regulamenta a implantação dos Conselhos Diretores em diversas Unidades de Saúde do Município de Duque de Caxias. Diário Oficial.

_____. *Estatuto do Conselho Gestor, de 09 de novembro de 2002*.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Resolução n. 33, de 23 de dezembro de 1992*. Recomendações do Conselho Nacional de Saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Resolução n. 333, de 4 de dezembro de 2003*.

CORDEIRO, Hésio. *Descentralização, universalidade e Equidade nas reformas da saúde*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2001. (Mimeo)

CORREIA, Maria Valéria Costa. “Reflexos da capacitação na atuação dos conselheiros de saúde” in *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, CEBES, vol. 27, n° 64, maio/agosto de 2003. (Conferência Nacional de Saúde).

- CORTES**, Soraia Maria Vargas. “Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação”. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Volume III, número 1, ABRASCO, 1998.
- COSTA**, Dácia Cristina Teles; **SANTOS**, Cláudia Gouveia dos. *A Descentralização do Setor Saúde*. Rio de Janeiro, ESS/UFRJ, 1998. (Mineo).
- COSTA**, Marcelo Cardoso da; **RANGEL**, André da Silva. *Perfil Orçamentário dos Municípios da Baixada Fluminense em 2001*. Rio de Janeiro, Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal/ IPPUR/ FASE, maio de 2001.
- COUTINHO**, Carlos Nelson. *Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político*. Rio de Janeiro, Campus, 1992.
- _____. “Notas sobre cidadania e modernidade”. *Revista Praia Vermelha – Estudos de Política e Teoria Social*. Volume I, número 1, Rio de Janeiro, Editora UFRJ, 1997.
- _____. *Contra a corrente – Ensaio sobre democracia e socialismo*. São Paulo, Cortez, 2000.
- _____. “O Governo Lula ou o estreito fio da navalha” Disponível na INTERNET via www.gramsci.org. Arquivo consultado em 2005.
- CUNHA**, Elenice Machado. *Regra e Realidade na Constituição do SUS Municipal: Implementação da NOB 96 em Duque de Caxias*. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, julho de 2001. (Dissertação de Mestrado).
- DAGNINO**, Evelina. “Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção Democrática no Brasil: Limites e Possibilidades” in **DAGNINO**, Evelina (organizadora). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo, UNICAMP/Paz e Terra, 2002.
- DOIMO**, Ana Maria - A vez e a voz do popular: Movimentos Sociais e participação política no Brasil pós-70. RJ, RELUME DUMARÁ, 1995.

DORNELLES, Soraia; **LOCKS**, Maria Teresa. “ Controle Social: de quem? Para o quê?” in *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, CEBES, vol. 27, n° 65, set/dez de 2003. (12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca).

ESCOREL, Sarah. “Saúde: uma questão nacional” in **TEIXEIRA**, Sonia Fleury (organizadora). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/ABRASCO, 1989.

EVANGELISTA, João E - Crise do Marxismo e Irracionalismo Pós-Moderno. SP, Cortez, 1992.

FILHO, Paulo Favaret; **OLIVEIRA**, Pedro Jorge de. “A Universalização Excludente: Reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde”. *Planejamento e Políticas Públicas*, Número 3, Brasília, IPEA, julho de 1990.

FIORI, José Luís. *Os moedeiros falsos*. Rio de Janeiro, Vozes, 1998.

FLEURY, Sonia. “A questão democrática na saúde” in **FLEURY**, Sonia (organizadora). *Saúde e Democracia: A luta do CEBES*. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.

GERSCHMAN, Silvia. *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2004.

GONH, Maria da Glória. *Conselhos Gestores: participação sócio-política*. São Paulo, Cortez, 2001. (Coleção questões da nossa época).

GOUVEIA, Cláudia Sarrasqueiro de et alli. *Conselhos Gestores de Unidades de Saúde: Análise da experiência do município de Duque de Caxias*. Rio de Janeiro, Projeto Políticas Públicas de Saúde, 1997. (mimeo).

GOUVEIA, Roberto. *Projeto de Lei de 2003*. Dispõe sobre a organização dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde, em todo o território nacional. Brasília, Câmara de Deputados, 2003.

- GUIMARÃES**, Luisa; **GUERRERO**, Eduardo. *Tendências da descentralização e relações com a equidade*. Brasília – DF, OPS/OMS, 2001. (Mimeo).
- HARVEY**, David. *Condição Pós-Moderna*. 9ª edição, São Paulo, Edições Loyola, 2000.
- IAMAMOTO**, Marilda V. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo, Cortez, 1998.
- JACOBI**, Pedro. *Movimentos Sociais e Políticas Públicas*. São Paulo, Cortez Editora, 1993.
- _____. *Políticas Sociais e Ampliação da Cidadania*. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2002.
- JUNIOR**, Orlando Alves dos Santos. *Democracia e Governo Local: dilemas da reforma municipal no Brasil*. Rio de Janeiro, Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal/ IPPUR/ FASE/ Editora Revan, 2001.
- KOSÍK**, Karel. *Dialética do Concreto*. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio, 4ª edição, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
- LAURELL**, Asa Cristina. “Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo” in **LAURELL**, Asa Cristina (Org.). *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo, Cortez, 1997.
- LEFEBVRE**, Henri. *Lógica Formal. Lógica Dialética*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho, 3ª edição, RJ, Civilização Brasileira, 1983.
- LESBAUPIN**, Ivo (Org). *O Desmonte da Nação – Balanço do Governo FHC*. Petrópolis-Rio de Janeiro, Vozes, 1999.
- _____; **MINEIRO**, Adhemar. *O Desmonte da Nação em Dados*. Petrópolis- Rio de Janeiro, Vozes, 2002.
- _____. *Poder Local X Exclusão Social: A experiência das prefeituras democráticas no Brasil*. Petrópolis- Rio de Janeiro, Vozes, 2000.

_____. *O Rei está ficando nu!*. Rio de Janeiro, ESS/UFRJ, maio de 2001.
(Mimeo).

MARQUES, Alexandre dos Santos. *Baixada Fluminense: da conceituação às problemáticas sociais contemporâneas*. Duque de Caxias- Rio de Janeiro, FEUDUC/CEMPEDOCH, 2003.(mimeo)

_____. *Movimentos Sociais: da contestação à intervenção às lutas Democráticas*. Duque de Caxias 1971-2003. Duque de Caxias- Rio de Janeiro, FEUDUC/CEMPEDOCH, 2003. (mimeo).

_____. *Da Área de Segurança Nacional aos Governos Eleitos*. Duque de Caxias 1971-2003. Duque de Caxias- Rio de Janeiro, FEUDUC/CEMPEDOCH, 2003. (mimeo).

MENDES, Eugênio Vilaça(org). *Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. SP/RJ, HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MENDONÇA, Maria Helena; **TEIXEIRA**, Sonia Fleury. “Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: Comparações” in **TEIXEIRA**, Sonia Fleury (organizadora). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/ABRASCO, 1989.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (organizadora). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis –RJ, Vozes, 1996.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E DA REFORMA DO ESTADO. *Plano Diretor da Reforma do Estado*. Brasília - DF, Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, novembro de 1995.

_____. “A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde” in *Cadernos MARE*. Brasília - DF, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, n° 13, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA. *Cadernos Metropolitanos: Seminário de Gestão Participativa: Fórum de*

Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. Participar para Conhecer! Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

MISOCZKY, Maria Ceci. “Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia” in *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, CEBES, vol. 27, n° 65, set/dez de 2003. (12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca).

MONNERAT, Giselle Lavinias; **SOUZA**, Rosimary Gonçalves; **CASTRO**, Mônica de. “ Tendências Atuais da Descentralização e o Desafio da Democratização na Gestão da Saúde” in **BRAVO**, Maria Inês Souza; **PEREIRA**, Potyara A. P. (orgs) *Política Social e Democracia*. Rio de Janeiro, Cortez – UERJ, 2001.

MONTAÑO, Carlos. *Terceiro Setor e Questão Social – Crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo, Cortez, 2002.

MOTA, Ana Elizabete. *Cultura da Crise e Seguridade Social: Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. SP, Cortez Editora, 1995.

_____. “Seguridade Social no governo Lula”. Disponível na INTERNET via www.outrobrasil.net. Arquivo consultado em 2005.

NETTO, José Paulo. *Democracia e transição socialista: escritos de teoria e política*. Belo Horizonte, Oficina de Livros, 1990.

_____. “Transformações Societárias e Serviço Social - Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil” in *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, Cortez, n° 50, abril de 1996.

_____. “ FHC e a Política Social: um desastre para as massas trabalhadoras” in **LESBAUPIN**, Ivo (Org). *O Desmonte da Nação – Balanço do Governo FHC*. Rio de Janeiro, Vozes, 1999.

_____. “A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova” in *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, Cortez, n° 79, 2004.

_____. *Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal*. São Paulo, Cortez, 1995. (Coleção Questões da Nossa Época).

_____ . “A esquerda e as duas almas do governo Lula” in *Jornal do Brasil*, 19 de janeiro de 2003.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática*. São Paulo, Cortez, 2004.

NORONHA, José Carvalho; **COSTA**, Ana Maria. “Controle Social na Saúde: construindo a gestão participativa” in *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, CEBES, vol. 27, n° 65, set/dez de 2003. (12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca).

PAIM, Jairnilson Silva. “Bases conceituais da reforma sanitária brasileira” in **FLEURY**, Sonia (organizadora). *Saúde e Democracia: A luta do CEBES*. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.

_____ . “Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta ‘Saúde para Todos’” in *Série Estudos em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, n°175, dezembro de 1998.

PAULO, Marli da Silva. *Povo Carente, Clientelismo Emergente: Eleições Municipais em Duque de Caxias no ano de 1996*. Rio de Janeiro, UFRJ, 1998. (Monografia de Final de Curso).

PETRAS, James. “Democracia y capitalismo. Transición democrática o neoautoritarismo. *Revista Herramienta*, n° 11, 2000. <http://www.herramienta.com.ar/>

PONTES, Reinaldo Nobre. *Mediação e Serviço Social*. São Paulo, Cortez Editora, 1997.

POULANTZAS, Nicos. *O Estado, o poder e o socialismo*. Tradução Rita Lima. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1980.

PRADO, Walter. *História Social da Baixada Fluminense: Das Sesmarias a foros de cidade*. Rio de Janeiro, Ecomuseu Fluminense, 2000. (Coleção Novos Rumos).

PRATA, Luiz; **GARCIA**, Ana Lígia de Assis; **LEITÃO**, Cláudia Almeida; **HENRIQUE**, Márcia Maria. “Conselho de Unidade de Saúde – uma estratégia de fortalecimento do controle social no município de Manhuaçu (MG)” in *Divulgação em Saúde Para Debate*. Rio de Janeiro, Série CONASEMS – Saberes e práticas da gestão municipal, n° 01, março de 2004.

PROJETO INTEGRADO DE EXTENSÃO PELA CIDADANIA NA BAIXADA FLUMINENSE. *Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias: Uma proposta do Movimento Popular*. RJ, ECO/UFRJ, 1995.

. *Mapeamento dos Conselhos da Baixada Fluminense (Região Metropolitana II)*. Rio de Janeiro, UERJ, março de 2001.

RAICHELIS, Raquel. *Esfera Pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. São Paulo, Cortez, 1998.

. *Legitimidade Popular e Poder Público*. São Paulo, Cortez, 1988.

RIVERA, Francisco Javier Uribe (organizador). *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo, Cortez/abrasco, 1992.

RODRIGUES, Geisa de Assis. “A Relação do Ministério Público com os Conselhos de Saúde” in **BRAVO**, Maria Inês Souza; **MATOS**, Maurílio Castro de; **ARAÚJO**, Patrícia Simone Xavier de. (orgs). *Capacitação para Conselheiros de Saúde: Textos de Apoio*. Rio de Janeiro, UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

RUSSO, Mariza; **CAVALCANTE**, Ilce G. M. Cavalcante; **FELIX**, Ângela; **MEDEIROS**, Jane Maria. *Manual para elaboração e normatização de dissertações e teses*. Rio de Janeiro, UFRJ-SíBI, 1997. (mimeo).

SANTOS, Cláudia Gouveia dos. *A Crise do Conselho Comunitário de Saúde de Duque de Caxias na década de 90*. Rio de Janeiro, ESS/UFRJ, setembro de 1999. (Trabalho de Conclusão de Curso).

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. “A relação entre os órgãos executivos e o Conselho Nacional de Saúde na Gestão do SUS: um relato comentado.” in *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, CEBES, vol. 27, n° 64, maio/agosto de 2003. (Conferência Nacional de Saúde).

SCHMITTER, Philippe. “Perspectivas da Democracia no Mundo Contemporâneo: Mais Liberal, Pré-Liberal ou Pós-Liberal” in **GERSCHMAN**, Silvia et alii. *A Miragem da Pós-Modernidade: Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização*. RJ, FIOCRUZ, 1997;

SILVA, Ilse Gomes. *Democracia e Participação na Reforma do Estado*. São Paulo, Cortez Editora, 2003. (Coleção Questões da Nossa Época).

SOARES, Laura Tavares. *Os Custos Sociais do Ajuste neoliberal na América Latina*. São Paulo, Cortez, 2000. (Coleção Questões da Nossa Época).

_____ ; **SADER**, Emir; **GENTILI**, Rafael; **BENJAMIN**, César. *Governo LULA:decifrando o enigma*. São Paulo, Viramundo, 2004.

_____. *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Rio de Janeiro, Vozes/ CLACSO, 2001.

_____. “Saúde para todos em 2005”. Disponível na INTERNET via www.outrobrasil.net. Arquivo consultado em 2005.

_____. “As eleições municipais e a municipalização dos serviços sociais”. Disponível na INTERNET via www.outrobrasil.net. Arquivo consultado em 2005.

SOUZA, Lucilene Cabral de. *Conselhos Gestores de Unidades na Reforma Sanitária – Cultura Política e Contra-hegemonia*. Rio de Janeiro, ESS/UFRJ, janeiro de 1998. (Trabalho de Conclusão de Curso).

SOUZA, Rodriane de. *Serviço Social na Saúde: contribuições políticas e profissionais ao exercício do controle social*. Rio de Janeiro, ESS/UFRJ, outubro de 2001. (Dissertação de Mestrado).

STEIN, Rosa Helena - “A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias (revisão teórico-conceitual)” in: *SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE*. Número 54, SP, CORTEZ Editora, 1997.

TATAGIBA, Luciana. “Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil” in **DAGNINO**, Evelina (organizadora). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo, UNICAMP/Paz e Terra, 2002.

TELLES, Vera da Silva. “Sociedade Civil e a construção de espaços públicos” in **DAGNINO**, Evelina (Org.). *Anos 90: Política e Sociedade no Brasil*. São Paulo, editora brasiliense, 1994.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. *Resolução CEPEG n° 02/2002*.

WITT, Regina Rigatto; **VANDERLEI**, Maria Ieda Gomes. “Conselhos de Saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e co-produção de sujeitos coletivos” in *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, CEBES, vol. 27, n° 64, maio/agosto de 2003. (Conferência Nacional de Saúde).

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do Serviço Social – Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo, Cortez, 2002.

VIANA, Ana Luiza d’Avila; **LIMA**, Luciana Dias de; **OLIVEIRA**, Roberta Gondim de. *Descentralização e Federalismo: A Política de Saúde em novo contexto – Lições do caso brasileiro*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2001. (Mimeo).

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil – Estratégias de bem-estar e políticas públicas*. RJ, IUPERJ – UCAM/Editora Revan, 2000.

ANEXOS

ANEXO I

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM CONSELHEIROS GESTORES DE UNIDADE

1- DADOS PESSOAIS

1.1- Nome

2- ATUAÇÃO POLÍTICA

2.1- Você participa ou participou de algum organismo de participação coletiva? Qual?

2.2- Como participa?

3- AUTOREPRESENTAÇÃO DO CONSELHO GESTOR DE UNIDADE

3.1- O que é o conselho gestor de unidade para você? Qual o seu papel?

4- PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE (SOMENTE PARA GESTORES)

4.1- Como você vê a participação dos usuários no conselho gestor de unidade?

4.2- E dos profissionais de saúde?

5- REGULAMENTAÇÃO DO CONSELHO GESTOR DE UNIDADE

5.1 - O conselho gestor desta unidade participou do processo de discussão da regulamentação dos conselhos gestores de unidade no município? Caso tenha participado, perguntar de que forma.

5.2- Esse processo de regulamentação trouxe alguma mudança para o funcionamento do conselho gestor de unidade? Qual?

6- CONSELHO GESTOR DE UNIDADE

6.1- Quantos membros possuem o conselho gestor desta unidade?

6.2- Qual a periodicidade das reuniões?

6.3- As reuniões vêm ocorrendo com regularidade? Caso não, perguntar porque?

7- REPRESENTATIVIDADE

7.1- Como se deu o processo de indicação dos representantes do seu segmento?

7.2- Quando Ocorreu a última eleição para a escolha dos representantes do seu segmento?

7.3- Houve divulgação no processo eleitoral? Caso tenha havido, perguntar como se deu.

7.4- Você costuma discutir com o seu segmento as questões presentes na pauta das reuniões do conselho gestor de unidade?

8- CONTROLE SOCIAL

8.1- Como é definida a pauta das reuniões do conselho gestor de unidade?

8.2- Quais os temas que costumam ser ponto de pauta nas reuniões do conselho gestor de unidade?

8.3- Vocês costumam ter retorno das propostas aprovadas no conselho gestor unidade? Elas são cumpridas e/ou encaminhadas?

8.4- O conselho gestor de unidade costuma ter acesso a todas as informações necessárias para tomar as decisões?

8.5- Os conselheiros tem conhecimento de todo o funcionamento da unidade de saúde (programas existentes e como funcionam, número de funcionários e número de médicos, especialidades, dias e horários)?

9- RELAÇÃO CGU X USUÁRIOS DA UNIDADE

9.1- O conselho gestor de unidade possui algum mecanismo de comunicação com os usuários da unidade?

9.2- Os usuários da unidade sabem da existência do conselho gestor? Caso, saibam perguntar se eles costumam participar das reuniões.

9.3- Quando os usuários têm denúncia sobre o atendimento, a quem eles encaminham?

10- RELAÇÃO CGU X CMS

10.1- Tem algum (s) conselheiro (s) que participa das reuniões do CMS? Caso tenha, perguntar se ele dá os informes do que ocorre nas reuniões do CMS no CGU.

10.2-Caso tenha conselheiro (s) participando das reuniões do CMS, perguntar se essa participação foi definida no CGU.

10.3- Que tipo de relacionamento o CGU possui com o CMS?

11- CONSELHO COMUNITÁRIO DE SAÚDE (SOMENTE PARA USUÁRIOS)

11.1- Você participa das assembléias do CCS?

12- QUALIFICAÇÃO DOS CONSELHEIROS

12.1- O que é saúde para você?

12.2- Você já participou de algum curso de capacitação para conselheiros?

12.3- Fale sobre o SUS.

12.4- Qual legislação do SUS você já leu?

12.5- Qual a importância dos conselhos na estrutura do SUS?

12.6- Quais são os principais problemas existentes na unidade de saúde onde você atua?

12.7- Como você avalia o serviço prestado pela unidade à população?

12.8- Que informações faltam aos conselheiros gestores para que possam ter uma atuação mais efetiva?

13- DIFICULDADES DO CGU

13.1- Quais os dificuldades do CGU?

ANEXO II

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O CONSELHO COMUNITÁRIO DE SAÚDE E COM O SECRETÁRIO EXECUTIVO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

1- NOME

2 – QUANDO SURGEM AS EXPERIÊNCIAS DOS CONSELHOS GESTORES EM DUQUE DE CAXIAS? (Somente para o CCS).

3- COMO SE DEU O PROCESSO DE REGULAMENTAÇÃO DOS CONSELHOS GESTORES NO CMS?

4- O QUE LEVOU O MOVIMENTO POPULAR A LEVAR A PROPOSTA DE REGULAMENTAÇÃO DOS CONSELHOS GESTORES PARA O CMS? (Somente para o CCS).

5- OS CONSELHOS GESTORES EXISTENTES NA ÉPOCA PARTICIPARAM DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA RESOLUÇÃO? DE QUE FORMA?

6- O CMS ELABOROU ALGUMA ESTRATÉGIA PARA DIVULGAR A RESOLUÇÃO JUNTO ÀS UNIDADES DE SAÚDE E À POPULAÇÃO? E O CCS?

7- VOCÊS CONSIDERAM QUE HOVE ALGUMA MUDANÇA NO FUNCIONAMENTO DOS CGUs APÓS A CRIAÇÃO DA RESOLUÇÃO?

8- O CMS POSSUI ALGUM MECANISMO DE ACOMPANHAMENTO DO FUNCIONAMENTO DOS CGUs? E O CCS?

9 – QUAIS AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO PELOS CGUs?

10- O CMS TÊM ALGUMA PROPOSTA PARA ENFRENTAR ESSAS DIFICULDADES? E O CCS?

SUMÁRIO

<i>Gestão Democrática na Saúde: Análise da Experiência dos Conselhos Gestores de Unidade no Município de Duque de Caxias - RJ.....</i>	<i>i</i>
<i>Gestão Democrática na Saúde: Análise da Experiência dos Conselhos Gestores de Unidade no Município de Duque de Caxias – RJ.....</i>	<i>v</i>
<i>Democratic Management in the Health: Analysis of the Experience of the Managing Advice of Unit in the City of Duque de Caxias – Rio de Janeiro.....</i>	<i>vi</i>

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](#)