

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

ISAIAS CANTOIA LUIZ

**A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NA GESTÃO DA SAÚDE
PÚBLICA EM PONTA GROSSA - PR ATRAVÉS DO CONSELHO
MUNICIPAL E CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE**

Ponta Grossa
2007

ISAIAS CANTOIA LUIZ

**A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NA GESTÃO DA SAÚDE
PÚBLICA EM PONTA GROSSA - PR ATRAVÉS DO CONSELHO
MUNICIPAL E CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada para a obtenção do título de mestre na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas.

Orientadora: Dra. Lucia Cortes da Costa

Ponta Grossa
2007

Ficha catalográfica elaborada pelo Setor de Processos Técnicos BICEN/UEPG

Cantoia, Luiz Isaias

C232p A participação da sociedade civil na gestão da saúde pública de Ponta Grossa – Pr através do conselho municipal e conselhos locais de saúde. Ponta Grossa, 2007.
186f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas),

Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Lúcia Cortez da Costa.

1. Saúde pública - Ponta Grossa (Pr.). 2. Conselhos de saúde – Ponta Grossa (Pr.). 3. Saúde – políticas públicas. I. Costa, Lúcia Cortez da. II. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas. III. T.

CDD:362.1

AGRADECIMENTOS

À UEPG / Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais Aplicadas pela oportunidade de cursar o mestrado;

À professora Dra. Lucia Cortes da Costa, por orientar o meu trabalho e pela consideração aos meus atrasos;

Aos conselheiros dos Conselhos Municipal e Locais de Saúde, por contribuírem na coleta de dados, e aqueles que mesmo não sendo entrevistados, contribuíram na construção desse trabalho. Em especial ao Batistel, a Neumari, o Seu Idson, a Clair e a Dona Neuzira, pela perseverança com que tratam as questões de saúde do município junto aos seus Conselhos;

De maneira muito especial a minha esposa e companheira Danuta, pela paciência, dedicação e colaboração durante essa fase de nossas vidas;

Aos meus filhos Deborah e Ricardo.

TERMO DE APROVAÇÃO

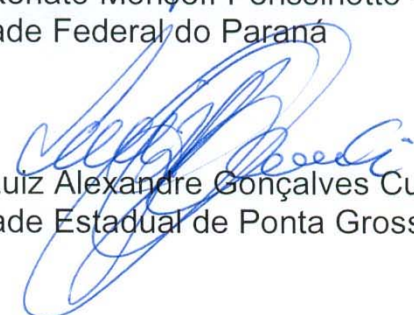
ISAIAS CANTÓIA LUIZ

“A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA EM PONTA GROSSA-PR. ATRAVÉS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:


Orientadora: Profª. Drª. Lucia Cortes da Costa
Universidade Estadual de Ponta Grossa


Prof. Dr. Renato Monseff Perissinotto - UFPR
Universidade Federal do Paraná


Prof. Dr. Luiz Alexandre Gonçalves Cunha - UEPG
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Resumo

Este estudo analisa a participação da sociedade na gestão da saúde pública a partir da criação dos Conselhos Locais de Saúde, no município de Ponta Grossa - Paraná após 2002. Investiga o processo de organização, a dinâmica de funcionamento e quais as estratégias utilizadas para a efetivação dos Conselhos Locais de Saúde, considerados como um novo espaço de negociação entre Estado e Sociedade. Os procedimentos de pesquisa se constituíram em revisão de literatura sobre as temáticas que cercam o objeto de pesquisa, sistematização sobre as políticas de saúde no Brasil como determinantes das configurações das políticas municipais e investigação da realidade local através de pesquisa documental e entrevistas com os sujeitos significativos que vivenciaram a experiência de implantação e desenvolvimento dos Conselhos Locais de Saúde em Ponta Grossa.

Palavras chave: Conselhos Locais de Saúde, Participação Social, Controle Social.

Abstract

This study analyzes the participation of the society in the management of the public health from the creation of the Local Advice of Health, in the city of Ponta Grossa - Paraná after 2002. It investigates the process of organization, the dynamics of functioning and which the strategies used for the effectuation of the Local Advice of Health, considered as a new space of negotiation between State and Society. The research procedures had constituted in literature revision on the thematic ones that they surround the research object, systematization about the politics of health in Brazil as determinative of the configurations of the municipal politics and inquiry of the local reality through documentary research and interviews with the significant citizens that had lived deeply the experience of implantation and development of the Local Advice of Health in Ponta Grossa.

Words key: Local advice of Health, Social Participation, Social Control.

Lista de Tabelas

Tabela No. 01: Composição do gasto em saúde no Brasil – 2003	72
Tabela No. 02: Número de consultas realizadas por instituição pública no município de Ponta Grossa no ano de 1985.	99
Tabela No. 03: Perfil dos conselheiros do CMS e CLS em relação ao sexo, faixa etária e escolaridade.	147
Tabela No. 04: Perfil dos conselheiros do CMS e CLS em relação a situação de emprego e forma de indicação para compor o conselho.	148
Tabela No. 05: Perfil dos conselheiros do CMS e CLS em relação a sua inserção em outras associações e tempo de conselheiro.	150
Tabela No. 06: Perfil dos conselheiros do CMS e CLS em relação a sua participação em processos de capacitação.	151

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
CAPÍTULO I FUNDAMENTOS E BASES CONCEITUAIS	16
1.1 Estado e Sociedade Civil na sociedade moderna	16
1.2 Democracia e Participação Social	24
CAPÍTULO II POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: CONTROLE SOCIAL E CONSELHOS DE SAÚDE	47
2.1 Contextualização histórica das políticas de saúde pública no Brasil	47
2.2 O Controle Social das políticas de saúde através dos Conselhos de Saúde	80
CAPÍTULO III CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA	87
3.1 O município de Ponta Grossa, alguns determinantes históricos.	87
3.2 Os caminhos da Saúde Pública no município.	95
3.3 O Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa e os Conselhos Locais.	105
CAPÍTULO IV CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: UM NOVO ESPAÇO DE NEGOCIAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE	133
4.1 Conselhos Locais de Saúde em Ponta Grossa.	133
4.2 Perfil dos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Locais de Saúde	146
4.3 A participação social através dos Conselhos Locais de Saúde no Município de Ponta Grossa	154
CONSIDERAÇÕES FINAIS	172
REFERÊNCIAS	176
ANEXOS	182

INTRODUÇÃO

O tema desta pesquisa é a participação da sociedade civil na gestão da política de saúde a partir da atuação dos Conselhos Locais e do Conselho Municipal de Saúde.

O tema dos conselhos tem uma demarcação histórica no Brasil com a emergência dos movimentos sociais, que durante o regime militar, colocaram em pauta tanto a reivindicação pelo retorno à institucionalidade democrática, quanto a expansão da democracia, de modo a incluir estes novos espaços de participação social.

A partir de 1985, marco da transição brasileira pela eleição, ainda que indireta, de um civil para a presidência da república, ocorreu a reconstrução dos institutos formais da democracia participativa, o restabelecimento das liberdades civis e políticas, do pluripartidarismo e ao mesmo tempo a reivindicação por uma maior democratização das relações Estado-sociedade civil, através da participação dos movimentos sociais organizados nos processos decisórios.

No processo de redemocratização brasileira, ocorreu um movimento voltado para institucionalizar espaços para democracia participativa além das instituições representativas, próprias do regime democrático.

Na regulamentação dos dispositivos constitucionais, referentes às políticas públicas, entre elas a Lei Orgânica da Saúde, de 1990, com a finalidade de

estabelecer para a política de saúde de que maneira a participação da sociedade se faria.

Na década de 1990, a constituição de conselhos, foi se generalizando por todo o país, por força da institucionalização do princípio participativo, para as diversas políticas públicas nos três níveis de governo. Surge o desafio de compreender as tensões e disputas envolvendo diferentes atores sociais coletivos e o próprio Estado em torno, não apenas da formulação de políticas, mas do próprio modelo de democracia com o qual estes arranjos operam.

“O caráter permanente e deliberativo sobre a política de saúde, formalmente atribuído ao conselho, insere no contexto do Sistema Único de Saúde cerca de 87.212 conselheiros (798 estaduais e 86.414 municipais) como possíveis atores protagonistas da política de saúde brasileira”. (CORREIA, 2005. p.11).

A criação dos espaços institucionais é importante para democratizar a relação Estado / Sociedade Civil, porém, é na articulação política das decisões tomadas sobre as políticas públicas que se coloca as possibilidades de avanço das idéias democráticas na gestão pública.

Trazendo essas considerações para a especificidade que investigamos, o presente trabalho analisou como se deu a participação na gestão da saúde com a criação dos Conselhos Locais de Saúde, na proposta de participação da sociedade civil na gestão democrática da política de saúde no município de Ponta Grossa – Paraná. O debate sobre o tema de gestão descentralizada e participativa da saúde pública, assim como sobre a efetividade do controle social de políticas públicas exige a análise teórica sobre a relação Estado / Sociedade Civil.

Chegamos a delimitação desse objeto a partir da análise vivencial do poder local no município de Ponta Grossa, através dos vários governos no transcorrer do

período de 1982 até 2006. Houve, entretanto, no governo municipal durante a gestão do Partido dos Trabalhadores, 2001 a 2004, uma explícita mobilização da sociedade para que esta participasse na gestão da política de saúde do município, com a criação dos Conselhos Locais de Saúde.

A gestão intitulada participativa (2001 – 2004), desde o início do governo deu ênfase na participação, no controle social e no envolvimento dos munícipes na gestão, a exemplo: Implantação do Orçamento Participativo, os Conselhos de Vilas e a consideração aos Conselhos Gestores de Políticas Públicas.

Podemos afirmar que as marcas de uma gestão democrática incidem na introdução e no fortalecimento de mecanismos que assegurem a plena participação da sociedade, dentre eles merece destaque os Conselhos de Saúde, que podem propor alternativas para políticas de saúde local, além de acompanhar a sua efetivação. Partindo das orientações e pressupostos do modelo de gestão e de controle de políticas públicas adotadas pela nova administração, a equipe gestora da saúde do município de Ponta Grossa¹ propôs, em 2002, ao Conselho Municipal de Saúde a implantação dos Conselhos Locais de Saúde - CLS, formados a partir da área de abrangência das Unidades de Saúde do Município. A proposição partiu da intensa discussão por ocasião da realização da 4ª Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa, ocorrida em 29 de setembro de 2001.

A criação dos Conselhos Locais de Saúde – CLS ampliou o debate sobre o processo de gestão democrática da saúde no município. Ressaltamos que o interesse pela pesquisa surgiu com a experiência vivenciada no processo de criação dos CLS e por confiarmos na potencialidade democrática da participação da sociedade civil na gestão pública.

¹ Durante a referida gestão, estive no posto de Diretor de Saúde Comunitária e Vigilância à Saúde e também presidi o Conselho Municipal de Saúde durante os anos 2003 e 2004.

Assim, o presente estudo analisou a participação da sociedade no Conselho Municipal de Saúde a partir da criação dos Conselhos Locais de Saúde, investigando como se deu o processo de organização, a dinâmica de funcionamento e quais as estratégias utilizadas para a efetivação ou não dos Conselhos Locais de Saúde, como mecanismo de descentralização do Conselho Municipal de Saúde.

Complementando a problematização em torno do objeto, Investigamos: Quais os motivos que levaram à formação dos CLS no município de Ponta Grossa? Como se configura a articulação entre CMS e CLS? O CMS reconhece e absorve as demandas oriundas dos CLS? Qual a legitimidade dos CLS perante o CMS? Como se configura o processo de participação e controle social através dos CLS? Qual o papel do gestor municipal na organização e fomento da prática descentralizada e participativa de gestão através dos CLS?

Os procedimentos metodológicos de pesquisa adotados para buscar respostas a estas questões foram:

1. Construção de um referencial teórico-metodológico sobre a temática que cerca a pesquisa: a) Estado e Sociedade Civil na sociedade moderna, democracia, participação e controle social. b) Contextualização das políticas de saúde no Brasil e os Conselhos Gestores neste contexto, através de revisão de literatura a fim de subsidiar e qualificar a análise da especificidade do objeto de pesquisa;
2. Contextualização e caracterização do campo de pesquisa: Perfil histórico de Ponta Grossa (como contexto determinante do campo de pesquisa) sistematização sobre a política social de saúde no período em questão e a sua interface com a gestão do Conselho Municipal de Saúde, traçar o perfil dos sujeitos envolvidos no processo através de formulário,

caracterização dos Conselhos Locais, através de pesquisa documental (atas, relatórios, regimentos do CMS e CLS e planos municipal de saúde) e de levantamento de informações junto aos integrantes dos Conselhos;

3. Coleta de depoimentos: sob o ponto de vista dos sujeitos/conselheiros entrevistados do Conselho Municipal e dos Conselhos Locais de Saúde – através de entrevistas semi-estruturadas e observação.

A coleta de depoimentos com os sujeitos significativos que atuam no conselho municipal e conselhos locais se deu através de amostra, a partir dos seguintes critérios:

- Dois conselheiros locais de saúde (segmento usuário) que participaram do processo de implantação dos CLS em 2002, que vivenciaram processo de capacitação para conselheiros (2003/2004) e que ainda atuam como conselheiros;
- Dois conselheiros do CMS (1segmento usuário e 1 segmento trabalhador - que atualmente é presidente do CMS) que sejam conselheiros há mais de 4 anos, tenham participado do processo de capacitação para conselheiros e que ainda atuam como conselheiros; O coordenador dos Conselhos Locais de Saúde junto ao CMS, que participou de toda a caminhada para sua implantação.

4. Análise dos dados coletados, organização do material, leitura geral do produto coletado, codificação, classificação e categorização dos dados

coletados, reflexão e interpretação dos dados a luz do referencial teórico da pesquisa.

5. Redação do texto e sua organização final.

O trabalho está estruturado da seguinte forma:

Capítulo I – Fundamentos e Bases conceituais: - sistematização do debate contemporâneo sobre o tema Estado e Sociedade Civil; Análise das questões relativas à democracia participativa e controle social.

A sistematização feita retrata uma visão de mundo do pesquisador, pois “Toda construção teórica é um sistema cujas vigas mestras estão representadas pelos conceitos. Podemos considerá-las como operações mentais que refletem certo ponto de vista a respeito da realidade, pois focalizam determinados aspectos dos fenômenos, hierarquizando-os. Desta forma eles se tornam um caminho de ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações, e ao mesmo tempo um caminho de criação.” (MINAYO, 1996, p 92)

Capítulo II – Políticas de Saúde Pública no Brasil: Controle Social e Conselhos de Saúde. Apresentamos uma contextualização histórica das Políticas de Saúde Pública no Brasil, os desdobramentos que culminaram com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde e os mecanismos de controle social por ele legitimados, em especial os Conselhos de Saúde; tidos como estratégia de descentralização participativa da gestão de políticas públicas e os desafios para o alcance desta proposta.

Capítulo III – Contextualização das políticas de saúde no município de Ponta Grossa apresenta uma síntese histórica da cidade de Ponta Grossa, lócus da pesquisa de campo, objetivando identificar alguns determinantes que marcam as práticas de gestão da saúde pública realizadas no município, divididos em dois

períodos: anterior à implantação do SUS e posterior à sua implantação e regulamentação. Neste último analisaremos o Conselho Municipal de Saúde (CMS), sua implantação, desenvolvimento, sua dinâmica de participação e exercício de controle social (através de pesquisa documental), com ênfase na experiência dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), implantados a partir de 2002.

Capítulo IV – Conselho Local de Saúde: um novo espaço de negociação entre Estado e Sociedade: neste capítulo está sistematizado a análise dos dados coletados através de pesquisa documental (Atas, registros e relatórios), perfil dos conselheiros (questionário aplicado junto aos conselheiros do CMS e CLS) e entrevistas com sujeitos significativos para a reconstrução do objeto: a participação da sociedade no Conselho Municipal de Saúde a partir dos Conselhos Locais de Saúde

CAPITULO I

FUNDAMENTOS E BASES CONCEITUAIS

1.1 Estado e Sociedade Civil na sociedade moderna

Num estudo sobre as concepções de Estado na sociedade moderna temos a visualização de como foram sendo construídas diferentes correntes de pensamento e de concepções de Estado. Observamos que as demandas por determinados tipos de Estado foram emergindo historicamente para suprir necessidades hegemônicas dos diferentes tipos de sociedades. De modo geral, segundo Bobbio (1986), para alguns historiadores, o nascimento do Estado assinala o início da era moderna, o ponto de passagem da idade primitiva à idade civil, onde “civil” está no mesmo tempo para “cidadão” e “civilizado”

Na síntese apresentada por Silva, podemos compreender o Estado:

Na acepção moderna, que se desenvolve a partir da obra de Maquiavel (1515), o Estado comparece como exigência histórica de se constituir um poder central, supremo e soberano para gerir os conflitos sociais e econômicos. Para evitar a ‘guerra de todos contra todos’ (Hobbes, 1651) Abolindo a soberania e a ‘guerra do déspota contra os súditos’ ao dividir os poderes em Legislativo e Executivo e, posteriormente, Judiciário, de modo que um possa controlar o outro (Locke, 1690). Expressando a ‘vontade geral’ por força de um ‘contrato social’ em que o homem abre mão de sua liberdade natural e de seu estado de natureza selvagem em favor na liberdade civil (Rousseau, 1762). Acabando com os privilégios e as instituições oligárquicas e assegurando, através de uma Constituição, o ideal de justiça sobre os fundamentos da propriedade privada e do livre desenvolvimento capitalista, as instituições representativas como expressão dos anseios nacionais, os direitos do homem e o interesse comum (Paine, 1790). (SILVA, 1999 p 57-58).

A partir dessas orientações clássicas decorreram as concepções modernas de Estado, em especial, as correntes liberal e socialista que tiveram influências de um mesmo processo político-histórico (Iluminismo / Revolução Francesa)², mas que traçaram caminhos distintos pelos seus objetivos e fundamentos.

Temos então, na análise sobre o Estado Moderno, a partir do século XIX, especialmente, a presença de duas correntes de pensamento: a perspectiva liberal identificava o Estado com a nação, garantia de liberdade dos indivíduos, agente do bem-estar coletivo e da justiça social; e a perspectiva socialista, ou a crítica marxista, identificava o Estado Burguês como instrumento de opressão de uma classe por outra, sob a aparência do equilíbrio e da justiça, ao fazer passar por interesse geral os interesses da burguesia. (SILVA, 1999). A liberal coloca os limites na atuação do Estado e a socialista coloca limites à propriedade privada.

Podemos observar as distinções de concepção e de conduta do Estado nestas duas vertentes políticas que alimentaram, e ainda alimentam, as discussões acerca do mesmo. Hegemônica e historicamente em nome da democracia³ prevaleceu a tendência liberal atrelada aos preceitos capitalistas de desenvolvimento e acumulação de bens e riqueza em favor de poucos, com as mais diferentes estratégias de gestão regulatória da vida em sociedade. Entre estas estratégias estão as políticas sociais, tema que iremos abordar mais adiante neste trabalho.

² "Chamamos de Iluminismo o movimento cultural que se desenvolveu na Inglaterra, Holanda e França, nos séculos XVII e XVIII. Nessa época, o desenvolvimento intelectual, que vinha ocorrendo desde o Renascimento, deu origem a ideias de liberdade política e econômica, defendidas pela burguesia. Os filósofos e economistas que difundiam essas ideias julgavam-se propagadores da luz e do conhecimento, sendo, por isso, chamados de iluministas. O Iluminismo trouxe consigo grandes avanços que, juntamente com a Revolução Industrial, abriram espaço para a profunda mudança política determinada pela Revolução Francesa." FILHO, Milton B. B. *História Moderna e Contemporânea*. São Paulo, Scipione.1993

³ Ainda neste capítulo, estaremos sistematizando sobre o tema democracia.

Na perspectiva liberal, enquanto fundamento, o Estado é organizado de uma forma em que a intervenção na sociedade é limitada a alguns setores onde esta pode acontecer. Essa prerrogativa tem explicação histórica no tipo de Estado que o antecedeu, ou seja, o Estado Absoluto que tudo podia e em tudo intervia. Portanto, o Estado liberal nasce em contraponto a uma tendência centralizadora do mesmo, trazendo a perspectiva da “democracia” e dos “direitos do homem” frente ao poder do Estado.

Bottomore e Outhwaite (1996, p. 258) esclarecem algumas características sobre o Estado Liberal:

Tudo que é virtuoso é encarado como fazendo parte da sociedade, com as forças do estado sendo vistas como obstáculos que precisam ser reduzidos. O papel mais ativo para o estado, na visão de alguns liberais, é o de vigia noturno, protegendo uma estrutura dentro da qual as forças do mercado não podem então operar de acordo com a sua própria lógica. Essa é a filosofia do LAISSEZ-FAIRE; suas explicações são mais baseadas na sociedade do que centradas no estado[...]

Porém, contraditoriamente, ainda no século XIX, a concepção de Estado Liberal foi sendo questionada com a crescente problematização da vida moderna em sociedade: urbanização, a organização de serviços sanitários, o auxílio aos desempregados e a estruturação das atividades educacionais entre outros (VIEIRA, 1992). A intervenção do Estado passou a ser efetivada através de legislações e medidas legais. Este novo quadro fez o Estado “... chamar para si a prestação dos serviços sociais tidos como fundamentais para a nova forma de existência” (idem, p.17)

Segundo o autor, a história do capitalismo é generosa em demonstração de que a doutrina do não intervencionismo do Estado pouco ou nada se cumpriu. Especialmente em se tratando de manter a direção hegemônica do mercado e do lucro do capital.

Também fazendo parte da sociedade moderna, embora com uma tendência não hegemônica no ocidente capitalista, a perspectiva socialista, ou marxista, manteve as discussões e críticas sobre o papel do Estado Capitalista. Ou seja, a crítica ao Estado Burguês que predominantemente foi a instituição criada por uma classe para exercer domínio sobre as demais.

Na obra *Ideologia Alemã* (1845), segundo GRUPPI, (1980, p.12), Marx elaborou a “essência de seu método / concepção e descobriu a correlação existente entre o desenvolvimento das relações econômicas, o Estado e as ideologias”

Dizer que o Estado é uma Superestrutura não significa afirmar que seja uma coisa assessoria ou supérflua. Tão pouco significa separar o Estado da sociedade civil. Na verdade a Sociedade Civil, isto é, as relações econômicas, vivem no quadro de um Estado determinado, na medida em que o Estado garante aquelas relações econômicas. Pode-se dizer que o Estado é parte da estrutura econômica, é um elemento essencial da estrutura econômica, justamente porque o garante. (GRUPPI, 1980, p.14)

Fica explicada nessa passagem a relação e a função do Estado em manter a ordem econômica do capital. Marx nos mostrou essa face contraditória do Estado e propôs uma sociedade livre da condição de classe e do Estado Burguês, ou melhor dizendo, a ditadura do proletariado.

A Ditadura do Proletariado se constituía no processo para a abolição de todas as classes para uma sociedade comunista sem classes. Uma sociedade auto-regulada não precisa de um Estado, pois certamente existiria um tipo de organização social que o substituiria. O que não se chegou a constituir. Encontramos nos estudos de Marx: *A Guerra Civil na França*, o relato de um tipo de Estado auto-regulado e democrático – *A Comuna de Paris*⁴.

⁴ “Vista pela esquerda a Comuna foi a primeira experiência moderna de um governo realmente popular. Um extraordinário acontecimento histórico resultante da iniciativa de grupos revolucionários e do espontaneísmo político das massas, combinando patriotismo, republicanismo e socialismo, em meio à circunstâncias dramáticas de uma guerra perdida (Franco-Prussiana) e de uma guerra civil em curso. A Comuna de Paris foi um dos mais gloriosos episódios na história da classe trabalhadora mundial. Pela primeira vez na história as massas populares, trabalhadores à frente, derrubaram o velho Estado e começaram a transformar a sociedade. Sem planos, sem liderança ou organização as massas demonstraram um elevado grau de coragem combativa, iniciativa revolucionária e de

Um dos seguidores do pensamento marxiano é Antonio Gramsci, contemporâneo da Revolução Russa de 1917, viveu e militou nos movimentos políticos italianos em nome do partido comunista. Gramsci, assim como Marx, não escreveu uma teoria do Estado, mas em seus escritos, no cárcere, sob o domínio e censura fascista, desenvolveu uma análise teórica-conjuntural sobre aquele momento histórico que transpareceu sua concepção e entendimento de Estado e de Sociedade Civil, ou melhor, de Estado Ampliado como uma forma democrática e socialista de Estado.

Conhecendo a experiência Russa ou do Oriente, onde “... o Estado era tudo, a Sociedade Civil era primordial e gelatinosa” (GRAMSCI, 1989, p. 75) percebeu a diferença e outras características do Ocidente, no qual “... havia entre o Estado e a Sociedade Civil, uma justa relação, e em qualquer abalo do Estado imediatamente se descobria uma poderosa estrutura da Sociedade Civil” (id. p. 75). Ou seja, havia maiores possibilidades de mediação entre a sociedade e o Estado.

Considerando a distinção entre Oriente e Ocidente, o autor argumenta sobre a necessidade de romper com a concepção de Estado como instrumento da classe burguesa. Pois, o Estado Ocidental tinha como elemento característico a maior participação da sociedade civil na formação de aparelhos de hegemonia estatais e não estatais. Outro elemento era a formação de partidos de massa, de sindicatos que participavam mais da vida política e econômica do País. Enfim existia a participação da sociedade civil em questões públicas. Enquanto que o mundo Oriental não havia uma expressiva organização social nesse sentido.

Sua argumentação se expressa com mais destaque no estudo da categoria Hegemonia como possibilidade de reconstrução do poder e da política, pela via

cultural e política, pela sociedade civil. Com o fortalecimento desta ter-se-ia condições de propor uma contra-hegemonia.

A hegemonia é isto: determina os traços específicos de uma condição histórica, de um processo, tornando-se protagonista de reivindicações que são de outros estratos sociais, da solução das massas de modo a unir em torno de si esses estratos realizando com eles uma aliança na luta contra o capitalismo e, desse modo, isolando o próprio capitalismo. (O conceito de hegemonia em Gramsci, GRUPPI, 1980 - p. 59).

A hegemonia representa a preponderância de uma posição ou vertente política, cultural ou econômica sobre outra posição. Em se tratando do Estado Moderno, que em nome do interesse geral, justifica a sua posição hegemônica na condução da sociedade. Historicamente temos a vertente liberal como posição hegemônica na sociedade moderna, com as marcas e consequência de uma sociedade contraditória e desigual.

A dificuldade para se constituir a contra hegemonia à ideologia dominante é que as classes subordinadas absorvem a ideologia e a cultura das classes dominantes acriticamente como se fossem suas. Então é necessário um trabalho intenso junto às classes subalternas para a constituição de uma autoconsciência. Para tanto é necessário também um desmascaramento ideológico, pela via do pensamento crítico, para pensar autonomamente a realidade social. É pela via cultural e política que as massas, grupos ou segmentos sociais poderão ter uma inserção política, de envolvimento, de participação nas questões públicas.

Neste movimento histórico, Gramsci destaca o papel do intelectual orgânico que, junto à classe subalterna, tem a função de organizar e fomentar o pensamento e elevação ética-cultural das massas.

A partir do momento em que um grupo subalterno se torna realmente autônomo e hegemônico, suscitando um novo tipo de Estado, nasce

concretamente a exigência de construir uma nova ordem intelectual e moral, ou seja, um novo tipo de sociedade e, portanto, a exigência de elaborar os conceitos mais universais, as armas ideológicas mais sofisticadas e decisivas, (...) a luta por uma cultura superior autônoma (...) que seja a base ética do novo tipo de Estado. (GRAMSCI, apud SEMERARO, 2001, p. 169).

Com esses elementos, trazidos aqui em síntese, percebemos que Gramsci defende uma relação entre Estado e Sociedade, num contexto moderno, que passa pela relação orgânica entre ambos. Ou segundo Oliveira (1994, p. 7) em termos gramscianos, significa a criação de uma Sociedade Política, para não tratar o Estado e a sociedade como polaridades absolutas, mas como uma síntese da relação Estado/Sociedade. Neste sentido o Estado "... não tem uma medida em si mesmo, ele tem que estar sempre em relação com a Sociedade Civil, o que lhe dá a medida, a profundidade, o alcance, os seus limites."

É nesta vertente que compreendemos que o Estado e Sociedade não são esferas separadas, mas se constituem numa relação orgânica, ou nas palavras de Gramsci, Sociedade Política ou Sociedade Regulada.

Na doutrina do Estado – sociedade regulada, de uma fase em que o 'Estado' será igual 'governo' e 'Estado' se identificara com 'sociedade civil' dever-se-á passar a uma (...) organização coercitiva que tutelará o desenvolvimento dos elementos da sociedade regulada em continuo crescimento, e, portanto, reduzindo gradativamente as suas intervenções autoritárias e coercitivas. De modo nenhum isto pode levar a pensar num novo 'liberalismo', embora esteja para surgir uma era de liberdade orgânica. (GRAMSCI, 1989, p. 150)

Segundo Oliveira (1994) se deve utilizar o termo Sociedade Política por que a sociedade não é vista em termos dos atores privados, mas sim, em termos de transformação da representação desses atores e da construção de uma esfera pública.

A Sociedade Política preconiza o interesse coletivo, parte da dinâmica da sociedade civil, a luta pelos diferentes interesses privados se coloca no debate como interesse geral. A Esfera Pública pressupõe a transformação do interesse particular em interesse geral, o que exige organização e ação políticas. A esfera pública surge

quando transcende (sem anular) os interesses estritamente privados. Para se constituir a esfera pública é necessário que a sociedade esteja organizada e que existam atores sociais participando da vida social, discutindo e gestionando a vida pública.

Buscando um entendimento sobre esfera pública, encontramos em Raichelis (1998, p. 26 - 27) a seguinte definição:

Os caminhos de formação dessa esfera *comum* são construídos, portanto, pelo discurso e pela ação dos sujeitos sociais que, estabelecendo uma interlocução pública, possam deliberar em conjunto as questões que dizem respeito a um destino coletivo. Aqui se inscreve sua dimensão propriamente política, na medida em que nessa óptica, a noção de esfera pública, se afirma como *comunidade politicamente organizada* e baseada no reconhecimento do direito de todos à participação na vida pública.

Podemos inferir que Raichelis, chama de comunidade politicamente organizada a ação que se coloca na vida social, é a iniciativa individual que transcende os interesses privados, e para se efetivar necessita da organização política.

Com o desenvolvimento da sociedade moderna e a emergência de diferentes organismos sociais, que se colocam no debate público, cresce a necessidade de ampliar canais de participação. Do avanço do debate público e político, ainda que não hegemônico e comum a todos, no país nas últimas três décadas, resulta a instituição das legislações e sistemas sociais brasileiros que regulamentam as políticas públicas, tais como: Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, Sistema Único de Saúde - SUS, Sistema Único de Assistência Social - SUAS... A ampliação deste debate e as manifestações para fazer valer as prerrogativas do controle e da participação social, apesar dos empecilhos sócio-políticos e culturais para não efetivação deste avanço, aspecto que vamos abordar no transcorrer deste trabalho.

Podemos considerar então, que na efervescência da sociedade moderna, emergem demandas para a estruturação de uma esfera pública, um Estado democrático, e para o objeto específico deste estudo, demanda pela participação da sociedade civil em questões públicas.

1.2 Democracia e Participação Social.

Segundo HELD (1987, p. 1), apesar de o termo democracia ter penetrado na língua inglesa no século XVI, vindo da palavra *democratie*, suas origens são gregas. “‘Democracia’ é derivada de *demokratia*, cujas raízes são *demos* (povo) e *kratos* (governo)”. Implica numa “... forma de governo na qual, em contraposição às monarquias e às aristocracias, o povo governa. A democracia implica um Estado em que existe alguma forma de *igualdade política* entre o povo.”

Verificamos que sob as mesmas influências teórico-filosóficas que permearam as concepções de Estado na sociedade moderna, estão as perspectivas sobre democracia, ou seja, derivaram diferentes orientações sobre democracia a partir das perspectivas liberal e marxista. Todas se dizem democráticas, todavia, “... os discursos e as ações de cada um destes regimes é radicalmente diferente (...) a democracia parece emprestar uma ‘aura de legitimidade’ à vida política moderna: regras, leis, políticas e decisões parecem justificadas e apropriadas quando são ‘democráticas’” (HELD, 1987, p.01). Desta forma, diz o autor, a história da idéia de democracia é bastante complexa e marcada por concepções conflitantes.

Os séculos XIX e XX são representativos dos movimentos e lutas políticas e sociais para inscrever a democracia como forma de governo e pauta de discussão e busca na agenda pública.

Com o passar destes anos, com experiências e debates nas mais diversas instâncias (mundial, nacional e local) e com os mais diversos enfoques, não há como negar o “valor universal da democracia”⁵. Neste contexto, é argumento comum que a alternativa democrática deve ser o caminho trilhado pelas sociedades contemporâneas, porém, ainda, sem um modelo materializado e suficientemente organizado, para suprir as desigualdades e problemas que as perpassam.

Existe uma grande variedade de estudos sobre o tema, os quais apontam para diferentes tipologias e modelos de democracia. Faremos referência a HELD (1987) por fazer um estudo histórico que nos auxiliará a identificar e fundamentar a discussão e argumentação por alguns elementos que consideramos importantes nos processos democráticos. O autor nos apresenta alguns os modelos clássicos e contemporâneos de democracia, os quais são divididos em dois tipos mais amplos⁶: democracia direta ou participativa (um sistema de tomada de decisões sobre assuntos públicos no qual, os cidadãos estão diretamente envolvidos) e a democracia liberal representativa (um sistema de governo que envolve ‘oficiais’ eleitos que tomam para si a tarefa de ‘representar’ os interesses e/ou pontos de vistas dos cidadãos dentro do quadro de referência do ‘governo da lei’).

Held (1979) aproxima estes dois tipos de democracia: a liberal e a participativa ou direta à “nova polarização dos ideais democráticos” respectivamente, como a Nova Direita (Neoliberalismo) e a Nova Esquerda (democracia participativa)

Segundo o autor, a Nova Esquerda “consiste de idéias inspiradas por Rousseau, pelos anarquistas e pelo que foram anteriormente chamadas de posições

⁵IN COUTINHO, C N Democracia e Socialismo. São Paulo : Cortez, 1992 – Coleção Polêmicas do Nosso Tempo.

⁶ O autor apresenta nove modelos de democracia que estão incluídos nestes dois grandes grupos. Não faremos referência a todos os modelos trazidos pelo autor uma vez que não é objeto da presente pesquisa, apenas abordaremos as principais características dos dois grandes grupos para fundamentação da mesma.

marxistas ‘libertárias’ e pluralistas.” (idem, ibidem, p.229) As principais características desta tendência fazem frente a democracia neoliberal ou a nova direita. Esta última consiste numa vertente inspirada no pensamento de Hobbes à Hayek.

Para Hayek, segundo Held (1979), o mercado livre é o único mecanismo sensível para determinar as escolhas coletivas com respaldo em escolhas individuais; é base para uma democracia genuinamente liberal. Desta forma a “política” ou a “ação do Estado” deve ser mantida num nível mínimo. Held comenta sobre essa posição liberal:

A idéia de que a sociedade moderna se aproximaria de um mundo de produtores e consumidores poderiam atuar em bases iguais parece... absurdamente irreal, quando maciças assimetrias de poder e recursos são produzidas pela economia de mercado, mas também apoiadas e fortalecidas pelos próprios governos liberais democráticos. (idem, ibidem, p. 226)

Deixar a cargo do mercado, acobertado ou favorecido pelo Estado, o desenvolvimento de processos democráticos de vida em sociedade em bases iguais é pensar numa democracia limitada a pequenos grupos que podem comprar o seu bem estar. Nesta perspectiva preconiza-se um Estado forte para defender as operações de um “mercado livre” com seus efeitos desiguais sobre as oportunidades de vida à diferentes grupos e classes sociais. O resultado é um Estado mínimo, para um mercado máximo; a redução dos serviços aos vulneráveis que tem suas dificuldades maximizadas por esta lógica. Um mundo que se caracteriza por imensas desigualdades entre as classes é difícil entendê-lo como um mundo democrático e livre.

Ainda segundo o mesmo autor: “Se os liberais fizessem uma análise séria (...) descobririam que um grande número de indivíduos são impedidos sistematicamente – por falta de um complexo composto de recursos e oportunidades

– de **participar** ativamente da vida política e civil” (Held, p. 230) (grifo nosso) Os círculos viciosos de participação, a não participação, as desigualdades entre as classes, reduzem a extensão do lema liberal “os indivíduos são livres e iguais”. A instituição legal dos direitos é importante, porém não é suficiente para efetivação dos mesmos, pois as pessoas não podem usufruir deles.

No modelo liberal de democracia o espaço para participação política tem seu ápice no voto, ou seja, na escolha dos governantes. A democracia que preconiza a participação nas eleições é importante para eleger representantes para gerir e legislar pelos anseios da população, mas é insuficiente para alterar processos democráticos mais amplos. Aqui a participação é admitida, porém “... não ultrapassa os limites estabelecidos pelas elites, que recruta a população, não para atender suas demandas, mas para delas obter apoio em época de eleições”. (OLIVEIRA, 2003, p.37)

Para ultrapassar este modelo “... é preciso um leque de condições mais amplo do que o permitido pela análise de Hayek”. (HELD, 1987, p.229).

Para que a democracia fosse repensada a Nova Esquerda ou Democracia Participativa (representada em especial por Pateman, Macpherson e Poulantzas) propõe um modelo de democracia que não exclui a democracia representativa, mas pressupõe o fortalecimento da intervenção direta de cidadãos, grupos e organismos populares nas decisões coletivas. (HELD, 1987)

Segundo Held, os três autores não têm posições idênticas, mas alguns pontos de partida e compromissos em comum. Macpherson e Poulantzas se aproximam na argumentação sobre a necessidade do Estado ser democratizado tornando o parlamento, as burocracias estatais e os partidos políticos mais abertos e responsáveis. E, sobretudo, com destaque no papel de novas formas de luta no

nível local (nos locais de trabalho, nos movimentos sociais, grupos comunitários...) devem assegurar que a sociedade e o Estado devem ser democratizados.

Em especial Macpherson, afirma que "... a liberdade e o desenvolvimento individual só podem ser plenamente atingidos com o envolvimento direto e contínuo dos cidadãos na regulação da sociedade e do Estado". (idem, ibidem, p.232) Propõe uma transformação baseada num sistema que combine partidos competitivos e organizações de democracia direta, composta por organizações auto-administradas. Porém o autor reconhece as dificuldades para materialização desta proposta, ou melhor, da democracia participativa nas complexas sociedades modernas.

Nesta mesma vertente, Caroline Pateman, baseada em Rousseau, defende a democracia participativa dizendo que este tipo de democracia contribui para o desenvolvimento humano, aumenta o senso de eficácia política, reduz os centros de poder, nutre uma preocupação com problemas coletivos e contribui na formação de um corpo de cidadãos ativos e conhecedores, capazes de ter um interesse mais agudo nos assuntos governamentais. (apud HELD, 1987)

Lembra que o controle democrático de questões coletivas não é imune de contradições, pois vivemos numa sociedade onde a apatia e sentimentos negativos em relação à política e o baixo nível sócio-econômico das classes (característico das democracias liberais) predomina. Numa crítica à democracia liberal Pateman indica: "o 'indivíduo livre e igual' é, na prática, uma pessoa encontrada muito mais raramente do que a teoria liberal sugere" (apud HELD, 1987, p.230). São determinantes à configuração e ao nível de envolvimento e participação dos grupos ou classes em questões públicas.

Estas contradições conduzem e marginalizam as pessoas para a não participação, pois são mal representadas, suas demandas raramente são atendidas

e um desestímulo bloqueia o seu interesse por política e por questões públicas. Ocasionalmente, através do voto, elegem seus representantes (porém sem um conhecimento e acompanhamento no desempenho de seu candidato).

Num movimento inverso a essa lógica, a democracia participativa, pode ser um instrumento ou estratégia importante para romper com esse pensamento conservador e hegemônico. Processual e historicamente pode fazer com que a política seja uma coisa importante na vida das pessoas, estendendo o controle democrático àqueles organismos-chave nos quais as pessoas vivem suas vidas e dependem das mesmas para acessar a direitos e qualificar seu nível de vida.

Se realmente existirem oportunidades para a participação efetiva no processo de tomada de decisões, as pessoas poderão acreditar que participar vale a pena e considerarão que as decisões coletivas devem ser legitimadas porque foram decididas por uma maioria.

Com essa argumentação não queremos afirmar, conforme já enunciado anteriormente, que a democracia direta ou participativa esteja imune de limitações e dificuldades para ser materializada e nem que deve ser estendida a todas as dimensões da vida política, social e econômica. Inclusive, nem todos os cidadãos, tem a obrigação de participar e se envolver diretamente em questões coletivas, mas tem o direito efetivo para tanto. Também não queremos afirmar que a democracia representativa deve ser banida dos sistemas de governo, pois na complexidade e na extensão das sociedades contemporâneas tal alternativa não se aplica a todos os campos.

As instituições democráticas, comuns à democracia liberal como os partidos que compõem o cenário de defesa de diferentes ideologias e que concorrem em eleições, são sujeitos coletivos imprescindíveis neste contexto. **“A participação e o**

controle diretos sobre os elementos locais imediatos, complementados por competição dos partidos e grupos de interesse nos assuntos governamentais, podem promover, de forma mais realista, os princípios da democracia participativa”. (idem, ibidem, p. 234) (grifo nosso)

Bobbio⁷ em seus estudos sobre democracia representativa e democracia direta, esclarece sobre a distinção entre ambas. Apesar das duas tipologias caracterizarem-se pela soberania popular, diferem na delegação de seu exercício. Ou seja, na democracia direta é do povo a responsabilidade pela execução desta, e na representativa, o povo designa representantes para responsabilizarem-se pela sua execução.

O autor ressalta o valor da democracia representativa nas sociedades modernas, mas também chama a atenção quanto a exigência de mais democracia e aos “novos espaços” onde a democracia pode se realizar.

Hoje, quem deseja ter um indicador do desenvolvimento democrático de um país deve considerar não mais o número de pessoas que tem direito de voto. Em outros termos, quem deseja dar um juízo sobre o desenvolvimento da democracia num dado país deve pôr-se não mais a pergunta “Quem vota?”, mas “Onde se vota?” (BOBBIO, 1987, p. 157).

Bobbio (1987) também defende a posição de que para as sociedades modernas, a democracia representativa é a mais viável, pois não é possível materialmente o exercício democrático de todos os cidadãos, pela amplitude de habitantes, de espaço, de problemas financeiros, pela apatia à participação política, de inexistência de canais de comunicação avançados, “pense-se nas grandes capitais... ou nos mais distantes pontos do país...”. São dificuldades de efetivação de uma democracia direta.

É principalmente diante destes fatos, que Bobbio (1987) defende a democracia representativa à sociedade moderna, mas também levanta limites decorrentes desta, como a abrangência da representação para a totalidade das questões de interesse geral e quanto a natureza da representação. E ainda comenta o autor, que existem muitos outros problemas decorrentes do sistema político democrático, e que eles ocorrem, não pelo sistema ser representativo, “... mas por não sê-lo suficientemente”. (BOBBIO, 1982, p. 51).

Levanta possibilidades de articulação desta democracia com a democracia direta, através da abertura para espaços sociais que podem influenciar nas decisões da estrutura representativa. Ou seja, na sua opinião, esta última deverá existir como fonte primeira da forma de governo e a democracia direta deve ser conjugada como co-sujeito secundário levando informações à primeira. Embora à primeira caiba o papel secundário/auxiliar, pela sua impraticabilidade nas sociedades modernas, mas podendo ser eficaz em espaços e grupos sociais específicos.

Isto implica que, de fato, a democracia representativa e a democracia direta não são sistemas alternativos (... onde existe uma não pode existir a outra), mas são dois sistemas que se pode integrar reciprocamente (...) as duas formas de democracia são ambas necessárias, mas não são consideradas em si mesmo, suficientes.(BOBBIO, 1986, p. 52).

Partindo desses fundamentos sobre a importante articulação dos dois tipos de democracia para o avanço de práticas de gestão e de envolvimento social, percebemos que a categoria participação social é um elemento constitutivo de processos democráticos. Apesar de bastante debatida no meio acadêmico ainda é objeto de sistematizações devido as suas diferentes concepções, decorrentes das mesmas vertentes teórico-filosóficas das concepções de Estado e de Democracia que vimos até o presente momento.

⁷ Obras consultadas: Liberalismo e Democracia (1988); O Futuro da Democracia (1989); Estado, Governo, Sociedade (1990); Dicionário de Política (1994).

1.2.1 A participação social como constitutiva de processos democráticos

São várias as formas de se entender participação, pois são várias as formas em que é idealizada e materializada. Segundo NOGUEIRA (2004, p. 129 –134), se tivermos como base o mundo moderno – o mundo da sociedade de classes, do capitalismo e do Estado democrático representativo – podemos visualizar quatro grandes modalidades de participação que tem coexistido de diferentes maneiras em diferentes circunstâncias histórico-sociais:

- participação assistencialista, de natureza filantrópica ou solidária: relevante entre segmentos mais pobres e marginalizados (em que funciona como estratégia de sobrevivência) ou em momentos históricos em que crescem a miséria e a falta de proteção. De fundo benemérito ou religioso para diminuir o infortúnio, para otimizar recursos comunitários, para resolver problemas;
- participação corporativa: dedicada à defesa de interesses específicos de determinados grupos sociais ou de categorias profissionais. Se objetiva sobretudo com um propósito particular àqueles que pertencem ao grupo ou associação. Essa participação que deu origem ao sindicalismo moderno. Tanto a participação assistencialista como a corporativa são universais; integram uma espécie de dimensão pré-política da agregação moderna, na qual os grupos (classes e comunidades) reconhecem a necessidade de unir-se para defender seus interesses;
- participação eleitoral: esta modalidade projeta-se para o campo político propriamente dito; não visa apenas a interesses particulares, mas interfere diretamente na governabilidade e tem efeitos a toda coletividade. Típica do

contratualismo liberal (mas não exclusiva dele), é muito condicionada por atos e escolhas individuais, particulares, operando, muitas vezes, de modo episódico, flutuante, despojado de estratégias ou cálculos a longo prazo;

- participação política: inclui, complementa e supera tanto a participação eleitoral, quanto a participação corporativa. Não colide com elas, nem as rejeita como algo 'menor'. Realiza-se visando a comunidade como um todo, a organização da sociedade, ou seja, o Estado. É uma prática ético-política, que tem a ver tanto com a questão do poder e da dominação quanto com a questão do consenso e da hegemonia, tanto com a força como com o consentimento. É mediante a participação política que a 'vontade geral' – o pacto social – se objetiva, se recria e se fortalece, fazendo com que certas 'desigualdades físicas ou naturais' entre os homens sejam substituídas por uma 'igualdade moral e legítima'. Essa participação consolida, protege e dinamiza a cidadania e todos os variados direitos humanos; seus protagonistas são os cidadãos, 'que se distinguirão entre si não à base das categorias que representam, mas à base das diversas visões globalizantes dos problemas que conseguiram formar, visões globalizantes estas que cada um possui por pertencer não a esta ou àquela categoria, mas a este ou aquele movimento político' (BOBBIO apud NOGUEIRA, 2004 p.133).

A partir dessa tipologia pode-se entender as diferentes dimensões da participação, desde uma instância mais imediata até processos sociais mais complexos. Partindo da tipologia apresentada por Nogueira, vamos associar a terminologia da participação política (definida pelo autor) à participação social, por entender que ao falarmos em social estamos incluindo a dimensão política.

Pressuposto fundamental para a práxis política, a participação social consiste na busca de determinados objetivos (ou reivindicações), que se relacionam diretamente aos interesses das classes sociais. Em cada situação concreta, a realização desses objetivos está condicionada às possibilidades objetivas inscritas na própria realidade social (VÁZQUEZ, 1986, p. 201)⁸. Portanto a realidade ou contexto também determina as condições e o tipo de participação a ser desenvolvida.

A participação social pode ser entendida, então, como processo no qual o homem se descobre enquanto sujeito político, capaz de estabelecer uma relação direta com a realidade e com os desafios de organização da vida em sociedades sociais decorrentes desta.

Entre os desafios sociais estão os processos democráticos da Sociedade Civil em busca de direitos sociais, democracia e de cidadania. O século XX, como bem sabemos, é conhecido pela busca de efetivação destes, pela construção e/ou redimensionamento das formas de gestão social que partem do princípio de que deve haver uma relação complementar entre o Estado e a Sociedade Civil, e não de exclusão entre ambos.

⁸ VÁZQUEZ (1986), esclarece que o tipo de matéria prima da atividade prática define a forma de práxis, ou seja, o objeto sobre o qual o sujeito exerce sua ação pode ser: “a) fornecido naturalmente, ou entes naturais; b) produtos de uma práxis anterior que se convertem, por sua vez, em matéria de uma nova práxis, como os materiais já preparados com que trabalha o operário ou o artista plástico; c) o humano mesmo, quer se trate da sociedade como matéria ou objeto da práxis política ou revolucionária, quer se trate de indivíduos concretos (...). Vejamos agora, o tipo de práxis em que o homem é sujeito e objeto dela, ou seja, práxis na qual ele atua sobre si mesmo. (...) numa transformação do homem como ser social (...)” (p. 194 – 200) Este tipo de práxis expressa-se através da atividade política.(apud LUIZ, 2005)

Contraditoriamente a essa concepção, se põe o Neoliberalismo⁹ que recoloca a separação entre ambos, como um fundamento do Liberalismo Clássico. Mas, a realidade, assim como estudiosos da área, têm demonstrado que este fundamento é uma contradição, pois o político e o econômico, ou, o Estado e a sociedade civil, são profundamente vinculados.

Um desafio se põe aí: como envolver a Sociedade Civil, num processo democrático, articulando-se com as questões sociais sem corroborar com a proposta Neoliberal? Como pensar em trabalho conjunto, em “parcerias” (que comumente envolvem organizações civis somente na execução de programas/projetos) desde o planejamento, execução, controle e avaliação? Como pensar a gestão de problemas sociais por organizações sociais, uma vez que temos assistido o Estado se esquivando de sua responsabilidade social?

Estas questões nos fazem considerar que, para se falar em participação social, não se pode esquecer que o debate e a valorização da sociedade civil nas décadas de 1980-90, têm forte presença ideológica liberal, que obedece a lógica do mercado, moldando uma pseudo - participação. Ou seja, neste quadro, a cidadania, a liberdade e a igualdade sofrem as determinações estruturais, e somente têm acesso a estas, os que estão inseridos no mercado e os demais (a grande maioria)

⁹ BRANDÃO (1991, p.88) aponta algumas características do Neoliberalismo: “1) Compete ao Estado a intervenção na ordem econômica e social sob três parâmetros: a) defesa contra possíveis agressões externas; b) administração da justiça; c) reorganização do mercado (se este apresentar efeitos externalidade como: equívocos na esfera do consumo, diferenças nocivas entre poupança e investimento, etc) e produção de bens públicos, desde que seja comprovada uma maior eficiência destas intervenções em relação aos mecanismos auto-regulatórios inerentes ao mercado; 2) Fora as exceções acima, qualquer intervenção estatal a priori não se justifica, pois será mais eficaz a operação continuada e duradoura do próprio mercado; 3) o sistema político deve ser institucionalmente autônomo do sistema econômico (ou seja, deve haver uma nítida distinção entre as esferas do público e do privado); 4) o governo central deve estar sob o controle do sistema político, sendo que este último manifesta a vontade do povo pela via da política partidária e dos grupos de pressão e/ou interesse organizados e legalmente reconhecidos.”

ficam limitados a contar com os precários e poucos, serviços públicos estatais ou à filantropia privada. Configura-se aí uma via de mão dupla:

... a complicada questão das relações entre Estado e Sociedade está no centro do debate ... Em torno dela se armam controvérsias e polêmicas, projetos distintos e mesmo antagônicos sobre o que se entende ou se espera de uma necessária reforma do Estado, da redefinição de seu papel regulador e de suas relações com a Sociedade Civil (...) existe no horizonte da dinâmica societária contemporânea, na qual se alojam os problemas e desafios atuais, mas também os sinais de uma sociedade civil emergente, construída através das práticas de representação e negociação de atores coletivos reconhecidos na legitimidade de seus interesses e dos direitos reivindicados. (TELLES, 1994, p. 8)

A participação social é o elemento fundamental de uma ação política de articulação de diversos sujeitos sociais, pela qualificação democrática e de cidadania.

“Entendemos que a democracia (...) depende de uma presença ativa de múltiplos setores da Sociedade Civil que hoje se encontram privados de seus direitos e que a busca da equidade social não provém principalmente da ação do Estado, mas da pressão dos movimentos sociais e das entidades que se articulam” (Carta de São Paulo in ABONG, 1995, p. 9)

A Participação Social tem ganhado dimensões nas últimas décadas, e nos remete ao contexto sócio - político - cultural dos conhecidos movimentos sociais reivindicativos dos anos 1970, políticos dos anos 1980¹⁰ e as alternativas de descentralização da gestão das políticas públicas, nos anos 1990, dando espaço para a atuação de diferentes sujeitos sociais coletivos junto aos aparelhos estatais, através de conselhos paritários e deliberativos (municipais, estaduais e federais).

Outro aspecto do debate atual sobre participação social é o estabelecimento de fóruns e redes¹¹ entre serviços e organizações, como forma de estabelecer vínculos, parcerias, agilidade e troca de informações e atividades, por influência da rede informatizada do mundo da comunicação e do trabalho.

¹⁰ Existem estudos e sistematizações sobre estes períodos no Brasil, exemplo são os autores GOHN (várias obras na década de 90) SADER (1988)

¹¹ Sobre o tema ver Landim (1988) Warren (1994)

Também o local tem tido repercussões onde as relações entre Estado e Sociedade tem sido possíveis, não num grau de excelência, ainda com ranços de uma cultura política enraizada no autoritarismo e no clientelismo, mas também de busca de espaço antes não experimentado pela Sociedade.

Com as exigências sociais crescentes de representação, os atores sociais tendem a exprimir-se mais diretamente no espaço público sem as mediações dos partidos políticos. Neste caso, a cidadania tende a se expandir e a gerar novos espaços de representação de interesses plurais, como a Igreja, as ruas, o local de trabalho, a imprensa e muitos outros relativos a sociabilidade cotidiana. (CASTRO, 1999, p 19).

Nos últimos anos, então, temos assistido o surgimento de diferentes canais de participação, que não somente via partidos políticos, mas de espaços cotidianos locais, como por exemplo:

A participação popular na administração pública, pelo menos no discurso, tornou-se hegemônica na cultura política brasileira recente, ou seja, deixou de ser apanágio dos partidos de esquerda e dos movimentos sociais e passou a ser incluída nas propostas dos governos e no planejamento estratégico das cidades, independente da orientação ideológica dos gestores. (SOARES E GONDIM, 1998, p.81).

Parece existir, nas últimas décadas, um novo tipo de contratualidade, onde as demandas coletivas tem tido ressonância na opinião pública, que por sua vez acabam incidindo no interior do Estado, isto é, propostas que excluem a opinião e/ou as necessidades da sociedade não tem tido legitimidade social. A participação social representa um canal de inscrição das demandas populares no interior do Estado, há necessidade então, de ruptura com estruturas tradicionais de poder, colocando o desafio de envolvimento da sociedade na dinâmica societária atual.

Nogueira (2004, p. 25) fazendo um balanço da movimentação social brasileira nas últimas décadas argumenta que a sociedade brasileira “Jamais (...) entregou-se a passividade (...) ainda que esteja hoje (...) cortada por vetores de despolitização e individualismo, muito fragmentada e dinamizada por uma onda

capitalista 'selvagem' (...) a seu modo está indo à luta.” Criaram-se muitas zonas de contestação e atrito com os governos, mas não “campos de força hegemônicos”

Apesar de muitos avanços conseguidos através da participação social, a não construção de campos hegemônicos é resultado e consequência de anos de uma cultura política moldada pelo conservadorismo, pelas estruturas tradicionais de poder e pela não participação do público em questões de governo (marcas o desenvolvimento capitalista da sociedade brasileira). São dificuldades estruturais para a efetivação de uma cultura política democrática e emancipatória, que preconize a articulação entre Estado e sociedade. Diz o autor: “Não pode haver Estado democrático que se afirme sem cidadania ativa e sociedade participante, mas a ausência do Estado reduz o social a mero mundo de interesses, a território de caça do mercado”. (p.34)

Consideramos que o Estado não pode ser apartado da sociedade, mas constitui-se numa relação de reciprocidade e interdependência. Neste sentido, a participação social tem papel fundamental, em especial nos modelos de gestão pública e social, como por exemplo, a descentralização e participação como requisitos básicos. Segundo Nogueira (2004) a participação expandiu-se no campo da gestão pública, tanto por pressão de grupos e de indivíduos quanto por iniciativa dos governos: tornou-se ao mesmo tempo, uma *demand social* e uma *resposta governamental* (grifos do autor).

Um dos requisitos para fazer avançar a perspectiva desencadeada por pressão de grupos / demanda social, assim como uma abertura do Estado para absorver esta demanda é preciso contar com:

“Cidadãos ativos (...) personagens vitais da democracia, devendo ser, por isso, constantemente ‘criados’ e ‘organizados’ (pela educação, pelo debate público, pela multiplicação de espaços institucionais de discussão e deliberação). Donde a política democrática não pode ser concebida sem

participação, representação e institucionalização...” (NOGUEIRA, 2004, p. 91).

É neste espaço que situam-se as experiências de gestão pública democrática que envolve sujeitos coletivos que podem ter níveis de participação direta nas discussões e decisões de interesse coletivo. Mas, é importante lembrar que, as instâncias de inserção desses sujeitos não preconizam apenas de uma participação passiva ou de caráter protocolar, como parceiros a-criticos apenas para corroborar com a “descentralização participativa”, como é o caso de muitos conselhos gestores de políticas públicas instituídos no país nas duas últimas décadas.

Neste sentido, lembramos o alerta que IAMAMOTO (2002, p. 32), faz sobre a participação nos espaços dos conselhos:

É preciso ter clareza que a qualidade da participação nesses espaços públicos não está definida *a priori*, *porque são espaços de disputa*. Podem abrigar experiências democráticas, que propiciem o aprendizado de um tipo de socialização diferente, que permita viver a dimensão do coletivo, propiciem o partilhamento do poder e a intervenção em processos decisórios. Mas pode também alimentar velhos coronelismos, vício populistas e clientelistas no trato da coisa pública”.

O enfrentamento ao clientelismo, ao coronelismo e a vícios populistas poderá ocorrer com a realização de práticas democráticas e participativas, e não o contrário; pois se as decisões vierem prontas, delegadas por poderes superiores, vamos reiterar a história de mecanismos de gestão e controle social hegemônicos no Brasil.

Certamente a democracia participativa não é infalível e imune de imperfeições, pelo contrário, é determinada pela realidade plena de conflitos e lutas de poder (como vimos em VÁZQUEZ) e nem se completa por si só (como vimos em BOBBIO). Tal consideração é também levantada por Nogueira (2004), quando aponta para os limites da democracia participativa: “Seu peso relativo no jogo democrático (...) somente se viabiliza em integração estreita com mecanismos da

representação.” (p.159) Afirma ainda que, mostra-se mais efetiva em escalas de governo estaduais, regionais ou locais. Também, a participação “... é tanto mais efetiva quanto mais se articula com a representação...” (p.159), para aproveitá-la como espaço de negociação política ampliada, como estratégia para pressionar a representação para que se abra cada vez mais à diversidade social e a própria democracia. Completa o autor: “Ações complementares entre democracia participativa e democracia representativa mostram-se, assim, não apenas possíveis, mas também decisivas para que se visualizem formas mais produtivas de se exigir, dos governos, maior eficiência, maior efetividade e maior receptividade ao controle social.” (p 159) (grifo nosso)

A participação está diretamente relacionada ao controle social, pois como diz Nogueira, quanto mais haver a relação entre os dois tipos de democracia, mais haver a prática de envolvimento da sociedade civil na gestão da coisa pública e mais resultados esta relação apresentar, maior será o reconhecimento deste nível de participação social, e conseqüentemente de controle social.

Segundo CARVALHO (1995), o termo controle social foi empregado inicialmente na Sociologia com o significado praticamente oposto daquele que é hoje utilizado. Na tradição sociológica clássica, o termo tem sido usado para designar os processos de influência da sociedade sobre o indivíduo, como por exemplo, as normas, as regras, a cultura, a ideologia, a religião, a opinião pública que incidem no comportamento humano. Nesta concepção o controle se daria pela intensidade de obrigações e pressões morais no indivíduo. “O conceito de controle é assim entendido como uma limitação do agir do indivíduo na sociedade.” (BOBBIO apud CARVALHO, 1995, p. 10)

Com essas influências se entende também o controle do Estado através das medidas de proteção social ao indivíduo, como por exemplo, as medidas de saúde pública / vigilância sanitária. As quais devem ser seguidas pela população/indivíduos para atender as exigências do bem viver no sentido de saúde coletiva. Nesta direção se configura a concepção de “Estado restrito” para com a sociedade, ou seja, o Estado é quem determina e define as medidas necessárias para o comportamento sanitário dos indivíduos na sociedade. Este é um tipo de controle social

Uma outra concepção de controle social¹² entende como controle da sociedade (ou de setores organizados da sociedade) sobre as ações do Estado. Nesta perspectiva, a sociedade tem possibilidades de controlar as ações do Estado em favor dos interesses das classes subalternas.

No Brasil o fenômeno do controle social, sob estes dois pontos de referência - da sociedade para o indivíduo e do indivíduo para o Estado - pode ser tomado como exemplo, pois durante o período da ditadura militar, o controle foi exercido exclusivamente pelo Estado sobre a sociedade civil, por meio de decretos, atos institucionais e repressão a qualquer expressão política por parte da população. No período de democratização do país, em uma conjuntura de efervescência política, principalmente na segunda metade da década de 1980, o debate sobre a participação social voltou à tona com uma dimensão de controle da sociedade sobre o Estado.

¹². Na perspectiva das classes subalternas, o controle social visa à atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão de políticas públicas que permita controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Portanto, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses delas, tendo em vista a construção de sua hegemonia (CORREIA, 2005).

As relações entre o Estado e a sociedade vão se transformando nesta década: de um lado, o Estado passa a reconhecer os movimentos como interlocutores coletivos, respondendo a algumas de suas demandas; de outro lado, os movimentos sociais admitem negociar com o Estado por meio da instituição de políticas públicas, rompendo a posição 'de costas para o Estado'.

Esse tipo de arena representa o entendimento acerca da democracia em sua concepção participativa¹³. Os cidadãos reconhecem a importância de olhar por aquilo que lhes diz respeito, e os representantes do Poder Público entendem a relevância de se aproximarem da sociedade. Afinal de contas, o pleno funcionamento das políticas públicas, de acordo com o interesse da sociedade, é o princípio básico da democracia (DANTAS, 2006. p.45).

A perspectiva de participação, de descentralização das políticas sociais, do controle social da "sociedade civil organizada" foi sendo incorporada como diretriz para a ação do Estado a partir da Constituição Federal de 1988. A área de saúde foi pioneira neste sentido e posteriormente outras áreas foram adotando essa estratégia de gestão. Como vimos em Nogueira (2004) a participação tem o duplo caráter: o de corresponder a uma demanda social; bem como de ampliação do Estado para absorver essa demanda e assegurar o seu papel condutor hegemônico da sociedade.

Com esse processo desenvolvido há aproximadamente duas décadas no Brasil, o tema do controle social também é uma constante no debate sobre as novas

¹³ A teoria democrática participativa enfatiza a função educativa da participação em assuntos comunitários e políticos por criar classes de cidadãos capazes de sustentar a democracia. Através da participação ativa, os cidadãos tornam-se mais informados acerca do sistema político, desenvolvem um senso maior de sua própria eficácia e ampliam seus horizontes para além de seus estreitos interesses pessoais para considerar um bem público maior. (Merreffield, 2002, Leach e Scoones, 2003 apud LABRA, 2005, p.353)

relações estabelecidas neste período entre o Estado e a Sociedade Civil e sobre a gestão de políticas públicas.

Com o redesenho destas relações, atualmente há um consenso sobre a importância e a concepção de controle social que corresponde “... a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele (CARVALHO,1995, p.08).

Considerado como um direito de todos “... que lutam pela hegemonia de um projeto de sociedade que contemple os interesses das classes subalternas – aqui entendidas em seu sentido gramsciano, ou seja, como aquelas classes que estão à margem do poder econômico e político.” (CORREIA, 2005, p.8).

Com a “ampliação do Estado”, de abertura de espaços às forças não hegemônicas no interior do mesmo, lembramos de Gramsci sobre a concepção de Estado ampliado e sobre o papel da socialização da política que, segundo o autor, processualmente pode-se ir conquistando novas “posições estratégicas” no seu interior como “trincheiras” para fortalecer a posição contra hegemônica. O controle social é, desta forma, um mecanismo de luta contra-hegemônica e de democratização das políticas públicas.

Este é o fundamento básico do controle social de segmentos organizados da sociedade civil para com o Estado, porém, a sociedade civil não é homogênea, mas espaço de lutas e interesses conflitantes. Portanto não queremos assumir uma visão romântica sobre a sociedade civil brasileira e a ela atribuir o papel redentor de toda a contradição de classe da sociedade capitalista moderna, mas apontar que esta exerça o controle social como se propaga idealmente. Ou que seja incentivada e construída a dimensão política da sociedade civil, a qual é elemento essencial de sua natureza e constituição.

Nenhuma sociedade civil é imediatamente política. Sendo o mundo das organizações, dos particularismos, da defesa de muitas vezes egoísta e encarniçada de interesses parciais, sua dimensão política precisa ser construída. O choque, a concorrência e as lutas entre os diferentes grupos, projetos e interesses funcionam como os móveis decisivos de sua politização. É dessa forma –ou seja, como espaço político – que a sociedade civil vincula-se ao espaço público democrático e pode funcionar como base de uma disputa hegemônica e de uma oposição efetivamente emancipadora, popular e democrática às estratégias de dominação referendadas pelo grande capital. (NOGUEIRA, 2004, p. 103)

É com essa concepção de sociedade civil que se colocam os desafios à materialização de uma democracia participativa e de controle social. Porém, consideramos que os grupos organizados da sociedade civil são potencialmente capazes de assumir uma tarefa desta natureza. Os canais de controle social foram instituídos, assim como os direitos civis e sociais, o grande desafio para o século XXI, dizem os críticos, é efetivar os preceitos emancipatórios da lei.

Aqui voltamos a um ponto central para o enfrentamento desse desafio, retomando o pensamento gramsciano quanto a necessidade das classes subalternas se fortalecerem, formarem novos consensos, efetivando uma “reforma intelectual e moral”, que a classe ou grupos da classe subalterna elevem-se ao nível do “bom senso”, ao conhecimento crítico e livre das amarras do pensamento conservador hegemônico na história do controle social no Brasil. Este é um caminho possível para avançar, articulando formas democráticas alternativas, mas lembramos da orientação de Gramsci e de Nogueira: que é preciso investir na elevação ético-política de grupos e segmentos sociais.

“Quanto mais política houver, ou quanto mais politizada for uma comunidade, maiores chances existirão de que os desejos, paixões e pulsões entrem em cena, sejam respeitados e produzam decisões que interessem a todos. Isso quer dizer que a política promove mediações e totaliza, possibilitando que uma comunidade se reconheça a si mesma e vivencie a mudança...” (NOGUEIRA, 2004, p 63).

Para isso, é necessário um trabalho intenso junto aos espaços coletivos potenciais, como por exemplo, os conselhos gestores de políticas públicas, em

especial para esse trabalho, a experiência dos Conselhos Locais de Saúde em Ponta Grossa, que incorporam segmentos sociais das classes subalternas.

Na área de Saúde Pública temos alguns conceitos (coletados em CORREIA, 2005) que contribuem no esclarecimento do tema controle social. Para Cohn (2000), o termo controle social vem sendo utilizado para designar a participação da sociedade prevista na legislação do SUS e seu exercício caberia aos conselhos de saúde por meio da deliberação 'sobre a definição das políticas de saúde a serem implementadas, bem como o monitoramento de sua implementação'.

Em Bravo (2002) o sentido do controle social inscrito na CF de 1988 "é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais." Neste sentido reiteramos a relação orgânica entre controle social e participação, inclusive com um grande avanço, pois esta relação é prevista em lei. Temos o desafio de materializá-la tanto na Saúde Pública, como nas demais políticas públicas.

Labra e Silva (2001) entendem o controle social como "o exercício de controle sobre as políticas de saúde por parte dos representantes da sociedade civil" Sua potencialidade reside no acúmulo de forças mediante a organização e a participação ativa dos cidadãos nos conselhos de saúde.

Com os fundamentos e bases conceituais sistematizadas neste capítulo, vamos percorrer o histórico das políticas de saúde no Brasil, a importância dos conselhos como sujeitos políticos e canais para a ampliação das relações entre Estado – sociedade via democracia participativa; para analisar a experiência dos Conselhos Locais de Saúde na cidade de Ponta Grossa, seus alcances e limites na realidade municipal.

CAPITULO II

POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: CONTROLE SOCIAL E CONSELHOS DE SAÚDE

2.1 Contextualização Histórica das Políticas de Saúde Pública no Brasil

2.1.1 Os caminhos da Saúde Pública até meados do século XX: do modelo sanitarista campanhista ao médico-assistencial privatista.

Resgatando um breve histórico sobre a saúde pública no Brasil, verificamos que o seu funcionamento e suas intervenções a cada época histórica estabelecem estreita ligação com os movimentos políticos, sociais e econômicos correspondentes. Nota-se que as ações de saúde sempre acompanharam as tendências vigentes da sociedade, organizando-se de acordo com as necessidades e contextos específicos, entretanto, a sociedade nem sempre obteve o seu espaço de participação neste processo.

Desde o descobrimento até a instalação do império, o Brasil não dispunha de um modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo demonstrava o interesse em criá-lo, por parte do governo colonizador (Portugal). Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles (curandeiros) que, por conhecimentos empíricos desenvolviam as suas habilidades na arte de curar. (SALLES apud POLIGNANO 2001).

A vinda da família real ao Brasil (1808) criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Assim, até 1850 as atividades de saúde pública estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais; e controle de navios e saúde dos portos. (idem)

Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império, tendência que se alongou por quase um século. Outro fator a se destacar é que a carência de médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme, para se ter uma idéia, no Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão (idem), sendo que em outros estados brasileiros, nem sequer existiam.

A inexistência de uma assistência médica estruturada fez com que proliferassem pelo país os Boticários (farmacêuticos). Não dispondo de um aprendizado acadêmico, o processo de habilitação na função consistia tão somente em acompanhar um serviço de uma botica já estabelecida durante um certo período de tempo, ao fim do qual prestavam exame perante a fisicatura¹⁴ e se aprovado, o candidato recebia a “carta de habilitação”, e estava apto a instalar sua própria botica.

Em 1808, Dom João VI fundou, na Bahia, o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador. No mês de novembro do mesmo ano foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao Real Hospital Militar.

No final da década de 1880, a monarquia brasileira estava numa situação de crise, pois representava uma forma de governo que não correspondia mais às mudanças sociais em processo. Fazia-se necessário a implantação de uma nova

¹⁴ Órgão oficial que fiscalizava e regulamentava as profissões ligadas a “Arte de Curar”. Criada em Portugal em 1521 e veio ao Brasil em 1808 e foi extinta em 1828.

forma de governo que fosse capaz de fazer o país progredir e avançar nas questões políticas, econômicas e sociais.

Com a Proclamação da República em 1889, se estabelece uma outra forma de Organização Jurídico - Política do Estado. No entanto, essa nova forma de organização do aparelho estatal assegurou apenas as condições formais da representação da elite econômica, especialmente à adoção do voto direto, embora esse voto não era direito de todos. Menores de 21 anos, mulheres, analfabetos, mendigos, soldados rasos, indígenas e integrantes do clero estavam impedidos de votar¹⁵. A tradição de controle político pelos grandes proprietários (o coronelismo)¹⁶ impôs ainda normas de exercício do poder que representavam os interesses predominantemente agrários.

A Saúde Pública no Brasil vai se configurando como uma política nacional a partir do início do século XX com a sistematização das práticas sanitárias, emergindo no contexto sócio-político do país (NUNES apud POLIGNANO 2001). No início do século XX, época das grandes imigrações, a economia brasileira iniciava suas exportações, principalmente de café, para tanto, necessitava utilizar como meio de transporte navios, e estes corriam sérios riscos em nossos portos, com a incidência de doenças como a peste, a febre amarela e, conseqüentemente, a possibilidade de proibição para que navios saídos daqui aportassem em outros países.

¹⁵ BRANCO, P. C. Agência Câmara dos Deputados, 2002.

¹⁶ O coronelismo foi um sistema de poder político que vicejou na época da República Velha (1889-1930), caracterizado pelo enorme poder concentrado em mãos de um poderoso local, geralmente um grande proprietário, um dono de latifúndio, um fazendeiro ou um senhor de engenho próspero. Ele não só marcou a vida política e eleitoral do Brasil de então como fez por contribuir para a formação de uma cultura muito própria, cultural, musical e literária que fez da sua figura um participante ativo do imaginário simbólico nacional. (SCHILLING, V. História por. In: <http://educaterra.terra.com.br/voltaire/500br/coronelismo.htm>)

Em 15 de novembro de 1902, Rodrigues Alves Presidente da República, promoveu a revolução urbana no Rio de Janeiro e declarou que iria acabar com as doenças que traziam desgraça e vergonha para o País: febre amarela, peste bubônica e varíola. Rodrigues Alves nomeia Oswaldo Cruz como diretor-geral da Saúde Pública – um cargo que na época era equivalente ao de Ministro da Saúde nos dias de hoje. O objetivo da Saúde Pública era o de erradicar do Rio de Janeiro a febre amarela, a peste bubônica e a varíola.

Foi criado um verdadeiro exército de quase 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre amarela. Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, O sanitarismo campanhista tem, por detrás de si, uma concepção de saúde fundamentado na teoria dos germes que leva ao modelo explicativo monocausal, segundo o qual os problemas de saúde se explicam por uma relação linear entre agente e hospedeiro. Por isso pretendeu-se resolver os problemas de saúde - ou melhor, das doenças - mediante a interposição de barreiras que quebrassem esta relação agente/hospedeiro, para isso estruturando ações de combate à doenças de massa. (MENDES, 1996).

A onda de insatisfação se agrava, junto à população, com outra medida do governo, sob orientação de Oswaldo Cruz, a Lei Federal Nº. 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a revolta da vacina¹⁷.

¹⁷No início do século XX, o Rio de Janeiro já era lindo, mas a falta de saneamento básico e as péssimas condições de higiene faziam da cidade um foco de epidemias, principalmente febre amarela, varíola e peste. Estas pragas tropicais deram à capital do país o triste apelido de "túmulo de estrangeiros". Com medidas impopulares e polêmicas, Oswaldo Cruz, além de ter sido o responsável pela estruturação da saúde pública no Brasil, foi quem saneou o Rio, apesar da oposição da mídia e

Esse modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde pública durante décadas.

Oswaldo Cruz ainda incorporou outros elementos nas ações de saúde:

- registro demográfico, possibilitando conhecer a composição e as características de maior importância da população;
- A introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico;
- A fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa.

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz. (MENDES, 1996). Criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados.

Enquanto a sociedade brasileira se caracterizava por uma economia agro-exportadora, assentada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era sobretudo, uma política de saneamento destinada aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação e/ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Os imigrantes, especialmente os italianos, traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, e desta

forma procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pelas conquistas dos seus direitos.

Em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919, sendo um marco para a saúde pública brasileira quanto à pressão de movimentos para verem inscritas suas demandas no interior do Estado.

...Com a mudança do modelo agroexportador de Estado Oligárquico para o Estado Burguês, após o início do processo de industrialização, surge o proletariado urbano, com novas demandas. A atuação do Estado não mais visava evitar endemias, mas recuperar a saúde da classe trabalhadora em ascensão, com o objetivo de manter e restaurar a capacidade produtiva necessária à acumulação de capital. Assim o sanitarismo campanhista foi substituído por políticas presidencialistas estendidas às categorias de trabalho com maior grau de importância para a produção. (CORREIA, 2000, pg. 29).

O sistema de saúde brasileiro no século XX seguiu a trajetória de países latino-americanos, como México, Chile, Argentina e Uruguai. Com a Lei Eloy Chaves, aprovada em 24 de janeiro de 1923 pelo congresso nacional, instituiu-se o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), financiadas de forma tripartite, pelos empregados, empresas e governo. Estas caixas eram organizadas por empresas ou categorias profissionais e excluía muitos segmentos da população. Embora fosse regulado pelo Estado, o rápido crescimento do sistema de caixas não permitia ao governo monitorar seu funcionamento, especialmente ao longo do fim da República Velha (anos 20), quando o Estado era desprovido quase totalmente de instâncias de fiscalização das ações da sociedade civil. (MÉDICI, 2006)

A primeira CAP criada foi a dos ferroviários (1923), o que pode ser explicado pela importância que este setor desempenhava na economia do país naquela época e pela capacidade de mobilização que a categoria dos ferroviários

possuía. Além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam os serviços funerários, médicos, conforme explicitado no artigo 9º da Lei Eloy Chaves:

1. Socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;
2. Medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
3. Aposentadoria;
4. Pensão para seus herdeiros em caso de morte.

E ainda, no artigo 27, obrigava as CAP's a arcar com a assistência aos acidentados no trabalho.

Em 1930, comandada por Getúlio Vargas é instalada a revolução, que rompe com a política do café com leite, entre São Paulo e Minas Gerais, que sucessivamente elegiam o Presidente da República. Vitorioso o movimento, foram efetuadas mudanças na estrutura do Estado.

... no qual esse Estado teve um papel central na organização do capitalismo industrial, e o subseqüente pacto Populista, que vigorou no país de 1946 a 1964, e incorporava a forma centralizadora e tutelar, os setores e organizações populares na dinâmica das políticas estatais. Esse processo de controle político-estatal sobre as organizações e manifestações sociais era feito através de mecanismos variados de tutela e subordinação, que se constituem como fortes obstáculos para a organização autônoma da sociedade. (Grupo de Estudos sobre a Construção Democrática – G.E.C.D. 1999, pág. 16).

Estas mudanças objetivavam promover a expansão do sistema econômico estabelecendo-se, paralelamente, uma nova legislação que ordenasse a efetivação dessas transformações. Foram criados: o “Ministério do Trabalho”, o da “Indústria e Comércio”, em 26 de novembro de 1930 e o “Ministério da Educação e Saúde”, também em 1930.

No que tange a previdência social a política do Estado pretendeu estender à todas as categorias do operariado urbano organizado, os benefícios da previdência.

Mesmo com a reivindicação dos usuários para assumirem o controle das estruturas previdenciárias, entre os anos 1933 e 1938 as CAPs foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Os IAPs foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância de cada categoria profissional em questão. Dessa forma, foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM) em junho de 1933, ao qual se seguiram o dos Comerciantes (IAPC) em maio de 1934, o dos Bancários (IAPB) em julho de 1934, o dos Industriários (IAPI) em dezembro de 1936, e os de outras categorias profissionais nos anos seguintes. Em 12 de março de 1958, através da lei Nº 3373, foi criado o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE).

A assistência à saúde, portanto, era direito somente dos trabalhadores participantes dos IAPs e seus familiares, o restante da população brasileira dependia da assistência particular ou, caso não possuísse recursos, através de hospitais filantrópicos, principalmente através das Santas Casas. Neste momento o foco da saúde pública está voltado para a preservação da força de trabalho, garantindo o crescimento industrial no país.

Segundo Nicz (1982), as seguidas crises financeiras dos IAPs, e mesmo o surgimento de outros mecanismos captadores de investimentos (principalmente externos), fazem com que progressivamente a previdência social passe a ter importância muito maior como instrumento de ação político-eleitoreira nos governos populistas de 1950-64, especialmente pela sua vinculação clara ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), é a fase áurea do “peleguismo sindical”.¹⁸

¹⁸ Foi parte fundamental da política Vargasista. O Pelego é aquele que serve de correia de transmissão entre governo e trabalhadores, fazendo com que a política do Estado tenha maior aceitação entre os trabalhadores, utilizando de fórmulas variadas, desde a defesa simples da política

Em 1949, é criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), mantido por todos os Institutos e as Caixas ainda remanescentes. Ainda, segundo o mesmo autor, em 1949, as despesas com assistência médica representaram apenas 7,3% do total geral das despesas da previdência social. Em 1960 já sobem para 19,3%, e em 1966 já atingem 24,7% do total geral das despesas, confirmando a importância crescente da assistência médica previdenciária.

A escassez de recursos financeiros associada à pulverização destes recursos e de pessoal entre diversos órgãos e setores, aos conflitos de jurisdição e gestão, e superposição de funções e atividades, fizeram com que a maioria das ações de saúde pública no estado novo se reduzissem a meros aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país naquela época (NICZ, 1982).

Muito embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha início em 1808, conforme visto anteriormente, o Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério da Saúde, passou a encarregar-se especificamente das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes.

Três anos após sua criação, em 1956, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que tinha como finalidade organizar e executar os serviços de

oficial até a desmobilização dos trabalhadores. (Jornal "A Plebe", do movimento anarquista em São Paulo, no início do século XX)

investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país, de acordo com as conveniências técnicas e administrativas.

Foi através da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que, em 1960, os serviços prestados pelos IAPs foram uniformizados e, em 1966, unificou-se a previdência social, passando a fazer parte a população urbana trabalhadora brasileira – àqueles trabalhadores que contribuía mensalmente para a previdência. Se, por um lado, nessa unificação, garantiu-se assistência à saúde e aposentadoria aos trabalhadores (CLT), por outro, houve uma apropriação por parte do Estado, de algo público, decorrente da contribuição desses trabalhadores, sendo utilizado como instrumento político e de investimentos em grandes construções, posteriormente vendidas a investidores estrangeiros. (CONH,1999). Os trabalhadores rurais, por sua vez, só viriam a ser incorporados ao sistema três anos mais tarde, já no Regime Militar, quando foi promulgada a lei 4.214 de 2/3/63 que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

Até 1960, a assistência à saúde caracterizou-se basicamente pelo modelo médico-sanitário com duas vertentes bastante distintas: 1. A vertente epidemiológica, preocupada em controlar doenças em escala social; 2. A vertente clínica, baseada na necessidade de recuperar a força de trabalho, com direito a atendimentos médicos somente quem fizesse parte do sistema previdenciário.

Podemos perceber nesse breve resgate histórico, que as medidas estatais, ou o controle social do Estado, quanto à saúde pública acompanharam as conjunturas, as determinações e, especialmente a necessidade de manutenção de um padrão econômico de desenvolvimento nacional, sem ainda uma presença

marcante ou voz de um controle social (da sociedade), a não ser a pressão e demanda do movimento operário no início do século.

2.1.2 Os caminhos da Política de Saúde Pública nas décadas de 60 e 80: do modelo médico assistencial privatista ao SUS – modelo plural

O processo de industrialização acelerada que o Brasil vivenciou, especialmente a partir do Governo Juscelino, determinou o deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma massa operária que deveria ser atendida, com outros objetivos, pelo sistema de saúde.

O importante já não era sanear os espaços de circulação das mercadorias mas, atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva. Observou-se, então, um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas que acabou por levar à conformação e hegemonização, na metade da década de 60, do modelo médico-assistencial privatista. (Mendes, 1996, p.47). grifo nosso.

Nos anos seguintes, o governo militar, com concentração de autoridade decisória, fez suas principais alianças e investimentos com instâncias privadas do País. “A existência de recursos para investimento e a criação de um mercado cativo de atenção médica para os prestadores privados levou a um crescimento próximo de 500% no número de leitos hospitalares privados no período 69/84, de tal forma que subiram de 74.543 em 69 para 348.255 em 84.” (NICZ,1982). A valorização estava centrada na aquisição de tecnologias de ponta, tornando a intervenção em saúde altamente especializada, medicalizada, curativa, individualizada e, portanto, elitista.

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela

hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. (ESCOREL, 2005, p.60). O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), produto da fusão dos IAP's, sofre a forte influência dos técnicos oriundos do maior deles, o IAPI¹⁹. Estes técnicos que passam à história conhecidos como “os cardeais do IAPI”, de tendências absolutamente privatizantes criam as condições institucionais necessárias ao desenvolvimento do “complexo médico-industrial”, que propunha o incentivo à iniciativa privada, proporcionando aumento do número de hospitais e ambulatórios particulares conveniados ao INPS, causando aumento nos custos com a saúde, característica marcante deste período. (NICZ, 1982).

Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos além das aposentadorias e pensões. Um destes foi a assistência médica, que já era oferecida pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios. No entanto, ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e conseqüentemente de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Diante deste fato, o governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada²⁰, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia.

¹⁹ IAPI – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários.

²⁰ Em 1975, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, surgiu a Lei 6.229, que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista, ao separar as ações de saúde pública das ditas de atenção à saúde das pessoas e, em 1977, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social e, com ele, a organização símbolo do modelo médico, o INAMPS. O modelo médico-assistencial privatista compunha-se de três subsistemas. Na base, um subsistema estatal, representado pelo complexo Ministério da Saúde /Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em que se exercitava a medicina simplificada destinada à cobertura nominal de populações não-integradas economicamente e ao desenvolvimento de ações remanescentes do sanitarismo. O subsistema hegemônico era o subsistema privado contratado e conveniado com a Previdência Social que cobria os beneficiários daquela instituição. Este subsistema cresceu induzido por políticas

Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos, o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial. Este sistema foi se tornando cada vez mais complexo, tanto do ponto de vista administrativo, quanto financeiro dentro do INPS, que acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978.

Já as intervenções voltadas para populações excluídas da assistência, obtiveram pouquíssimos investimentos, muito menos valorização, ficando a cargo de alguns profissionais, “heróis da resistência”, realizá-las. (MENDES, 1996).

Diante dos fatos ocorridos neste período, podemos considerar que a saúde pública, relegada ao segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves conseqüências para a saúde da população. (SCOREL, 2005. p. 61) Com isso, a exclusão de vários segmentos sociais no atendimento do sistema público de saúde estava posta, e a crise foi tomando grandes proporções junto a outras crises decorrentes do regime militar, numa época marcada por dificuldades em vários setores, não apenas da saúde, mas também nos setores econômicos e sociais. (RODRIGUEZ NETO, 2003).

públicas de terceirização da atenção médica que criaram um mercado cativo na área da Previdência Social e, muito secundariamente, pelo financiamento subsidiado de capital físico por meio do FAZ. De tal forma que, no período 1969/1984, os leitos privados subiram de 74.543 para 348.255, um crescimento próximo a 500%. Um terceiro subsistema – que começava a delinear-se e a implantar-se, aproveitando os incentivos do convênio empresa – é o subsistema de atenção médica supletiva que buscava atrair a mão-de-obra qualificada das grandes empresas. Contudo, na década de 70, este subsistema não chegou a atingir uma massa significativa de beneficiários. (MENDES, 1996)

Em 1975, foi oficializado o Sistema Nacional de Saúde (SNS)²¹ que estabelecia, de forma sistemática, o campo de ação na área de saúde dos setores públicos e privados para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Tendo como referência, recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) e da OPS (Organização Pan-americana de Saúde) e a necessidade de expandir cobertura, em 1976 inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). No bojo dos Programas de Expansão de Cobertura implantados no período, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), vinculado ao Ministério da Saúde, é constituído pelo Decreto-Presidencial de nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. (ROSAS, 1981).

Sobre isso, o autor comenta:

As diretrizes do Programa englobam um conjunto de princípios, conceitos e concepções fundamentais, tomando forma de um corpo doutrinário que orientam a condução geral do PIASS e servem de referência para a sua estratégia de implantação, desenvolvimento e consolidação. (ROSAS, 1981 p.85).

Ainda, segundo Rosas (1981), o PIASS estrutura-se com base nos seguintes postulados:

- Máxima Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde - com prioridade na atenção das zonas rurais e pequenas comunidades.
- Regionalização da Assistência – com base nas premissas da desconcentração dos serviços, da descentralização das decisões e da hierarquização da rede de unidades.

²¹ Este documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde.

- A Regionalização se impõe como transformação essencial nas Secretarias de Saúde, para torná-las aptas a absorver a rede de serviços implantada.

Na qualidade de programa de investimentos para a expansão da Rede de Atenção Primária de Saúde em municípios do interior dos estados da Região Nordeste do país, o PIASS envolve técnicos do Ministério da Saúde vinculados à Secretaria Geral, além de constituir núcleos estratégicos nas Secretarias Estaduais de Saúde dos estados onde é introduzido.

Sensibilizados com a crise na saúde, alguns profissionais de saúde se mobilizam, preocupados com a assistência oferecida à população e com as dificuldades de acesso e tratamento da maior parte da sociedade, unem-se com profissionais de outros setores, como políticos, intelectuais, sindicalistas e lideranças populares num movimento crítico, mostrando os efeitos do sistema econômico vigente sobre as condições de acesso à assistência à saúde da população.

Historicamente, para os caminhos da Saúde Pública no Brasil, essa mobilização inicial trouxe, ou abriu espaços para que o Estado fosse questionado quanto ao seu modelo de gestão e para a inserção da sociedade e de sua participação na ingerência de questões públicas, ou seja, temos os primeiros passos para o controle social da sociedade sobre as políticas públicas no país.

Esse movimento crítico não somente evidencia os prejuízos desse sistema para a saúde, mas também traz propostas de novas modalidades para uma outra concepção do pensar e fazer saúde; mais humana e universal, podendo somente ser alcançada através de uma ampla reforma no modelo de saúde vigente. Essa mobilização denominou-se Movimento pela Reforma Sanitária e teve início na década de 70. “Não é possível compreender, nem a dinâmica concreta nem a

direcionalidade do processo de reformas do sistema de saúde brasileiro sem considerar a existência e a atuação desse vetor político singular que é o Movimento Sanitário.” (CARVALHO, 1995, p.49).

O movimento sanitário, entendido como um movimento ideológico com uma prática política constituiu-se a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades, num confronto teórico com o movimento preventivista liberal de matriz americana e com sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal. (SCOREL, 2005, p. 64).

... Delimitando um campo de idéias e práticas inicialmente voltadas para a crítica do modelo dominante de atenção à saúde e posteriormente para a elaboração e defesa de um projeto alternativo, o Movimento Sanitário desenvolveu-se como um “conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto” (Scorel, 1988) cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais) (CARVALHO, 1995, p.48).

A Reforma teve como preocupação central assegurar que o Estado atuasse em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Como fundamentos dessa concepção, destacam-se: melhor explicitação do interesse público, democratização do Estado, criação de uma esfera pública com controle social.

...O projeto de Reforma Sanitária propõe uma relação diferenciada do Estado com a Sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os Conselhos e Conferências de Saúde. Esse projeto, na atual conjuntura brasileira, tem sido questionado, constituindo-se numa **proposta contra-hegemônica**. (BRAVO, 2002, p 199). (grifo nosso)

O início da década de 1980 é marcado pela aceleração do esforço governamental de enfrentamento da crise da previdência. Reconhecendo e

oficializando a existência da crise, o governo adota uma postura político técnica para o seu enfrentamento de forma a envolver audiência de setores da sociedade. O marco desse momento é a criação do CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária. Criado em setembro de 1981, ligado ao INAMPS, com o objetivo de estudar e propor normas mais adequadas à prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza, indispensáveis à operação da rede de serviços.

É preciso registrar que o próprio CONASP constituiu-se naquele momento numa arena de disputa e concentração de interesses. Integrado por representações de diversos segmentos do aparelho de Estado e da sociedade, o seu funcionamento expressou a disputa entre propostas distintas de enfrentamento da crise, envolvendo diversos atores, que no setor saúde, começavam a tornar visíveis e disputar em público seus projetos.

Segundo Eleutério Rodrigues Neto (2003), esses segmentos representavam quatro tendências distintas no que diz respeito às concepções do sistema de saúde e suas estratégias organizativas: uma conservadora privatista, que defendia a manutenção do atual modelo assistencial; outra modernizante privatista, que defendia a idéia da organização dos serviços através da medicina de grupo; outra tendência que defendia a estatização dos serviços, que passariam a ser executados pelo Estado; e por último, a tendência que era majoritária, defensora do pensamento liberal, que pretendia reforçar o setor público e aumentar o controle sobre o setor privado.

O CONASP passa a absorver, em postos de importância, alguns técnicos ligados ao movimento sanitário, o que dá início à ruptura, por dentro, da dominância

dos anéis burocráticos previdenciários. O desenvolvimento seguinte dos fatos, revelam que as decisões e a direcionalidade de sua ação foram o fruto do predomínio, naquele momento, de uma aliança entre o pensamento médico liberal, que então ocupava postos de comando no INAMPS, e técnicos ligados ao projeto contra hegemônico²², que ocupavam alguns espaços no aparelho previdenciário, levando à derrota do seguimento privado contratado, até então o maior beneficiário do sistema. (CARVALHO, 1995, p. 42). O plano propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento.

O CONASP, assumindo a responsabilidade autoral sobre o processo de mudança proposto, revela-se, outrossim, atento quanto à sua viabilidade. Nesse sentido estabelece como princípios estratégicos para a sua implementação o gradualismo e a participação de diversos segmentos da sociedade na implementação dessa mudança.

Dentre as propostas de intervenção do Plano CONASP, destaca-se o Programa das AIS - Ações Integradas de Saúde, criado em 1983, e operacionalizou-se através dos chamados Convênios Trilaterais entre Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais de Saúde, que se constituíram no principal instrumento gerencial de implementação das medidas propostas, no campo da reorientação do modelo assistencial que incorporava o

²² O modelo dominante naquele momento era o médico assistencial privatista, entretanto os técnicos que propunham uma reviravolta desse modelo para o modelo um que privilegiasse a estrutura pública e voltado para as ações ligadas à atenção básica, começavam a ocupar espaços de poder dentro da estrutura do Estado.

setor público, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo e também integrar e racionalizar o atendimento médico tornando os serviços de diferentes níveis de complexidade mais acessíveis à população, tanto que em maio de 1984, todos os estados brasileiros haviam adotado as AIS (SCOREL: 2005, p.76). Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

... é natural que o contexto institucional em que o País se desenvolveu refletisse de forma particular a crise governamental, com a falta de recursos financeiros e de coordenação por parte do governo. Além dessas dificuldades, a proposta encontrou grandes resistências internas por parte de um aparelho de Estado fortemente hegemonizado pelas posturas privatizantes, favorável à manutenção da política até então vigente de compra de serviços na rede privada de saúde. (SCOREL, 2005 p.184)

O plano do CONASP é, assim, o marco que delimita a inauguração do cenário institucional onde se desenvolvem as novas idéias e práticas da institucionalização da participação. Um cenário claramente de transição, onde a disputa passa a ser cada vez mais marcada pelos ventos que sopram na sociedade e não mais apenas pelos sopros de grupos com entrada privativa nos corredores do poder. (CARVALHO, 1995, p. 44)

O caminho a ser percorrido no sentido de se buscar um novo modelo assistencial a ser implantado no Brasil passava pelos pressupostos discutidos em vários fóruns mundiais, como por exemplo: a Primeira Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Otawa – Canadá, a Declaração de Adelaide, Sundswall e Santa Fé de Bogotá 1986²³, que conceitua a promoção da saúde como:

O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior **participação no controle** desse processo. E acrescenta-se que para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber

²³ Promoção da Saúde: Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Tradução: Luis Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996) (grifo nosso)

O documento afirma também ser a saúde um conceito positivo (refutando o conceito simples de que saúde é somente ausência de doença), um recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como importante dimensão da qualidade de vida. Atribui um papel de protagonista a homens e mulheres, considerados nas ações de promoção, como potencialmente capazes de vir a controlar os fatores determinantes da sua saúde.

Com o fim do regime militar, em 1985, e o advento da Nova República, lideranças do movimento sanitário assumem efetivamente posições estratégicas nas instituições responsáveis pela política de saúde no país, e um novo período e caminhos se abrem à Saúde Pública no Brasil, com a perspectiva de inserção da sociedade na gestão pública e com a perspectiva de um Estado Democrático de Direito. A contextualização histórica das políticas nesta área nos leva a considerar que o setor de saúde é pioneiro ao abrir esse nível de discussão no país.

Neste contexto, é convocada então a 8ª Conferência Nacional de Saúde²⁴ com o objetivo de discutir a incorporação da reforma sanitária juntamente com a proposta de um Sistema Único de Saúde. Realizada em março de 1986, foi considerada o momento histórico mais significativo do processo de construção de uma plataforma de estratégias do “movimento pela democratização da Saúde em toda sua história” (RODRIGUES NETO, 2003 p. 49).

Nos anais da 8ª Conferência (Brasil, 1987), destacam-se pronunciamentos de vários componentes do movimento sanitário. Colocamos a seguir a opinião

²⁴ As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas pela Lei Nº 378 de 13 de janeiro de 1937 com realização prevista a cada dois anos

apresentada na Conferência pelo então presidente da Fundação Osvaldo Cruz, Sérgio Arouca:

A profunda Reforma Sanitária no país deve supor uma reformulação no sistema de saúde, baseada na inserção, na Constituição, de que a saúde é um direito do brasileiro e um dever do estado. Mas que Estado? **O Estado como povo, como território, como nação** – que cabe garantir o direito à saúde do seu povo. (...) A reforma Sanitária deve ser ampla. Não pode ser confundida com reforma administrativa. A Reforma Sanitária pressupõe a criação (...) de um grande fundo nacional de saúde, promover uma política de distribuição desses recursos mais justa e igualitária, alcançando assim, a universalização. (BRASIL, 1987, p. 41) (grifo nosso)

Outra conferencista a se manifestar foi Sonia Maria Fleury Teixeira, na época vice-presidente da ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, que disse:

(...) Torna-se necessário alterar o próprio aparelho estatal conformado no autoritarismo, para que ele possa vir a ser permeável ao **controle da sociedade** (...) o dever do Estado na garantia dos direitos sociais vai implicar necessariamente no rompimento desta política social restritiva em direção à universalização da cidadania. (BRASIL, 1987, p.110) (grifo nosso).

Em 1987 é implementado do Sistema Unificado e Descentralizado²⁵ de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. De acordo com José Noronha, secretário de medicina social do INAMPS, à época:

O Suds é o estágio evolutivo das AIS. (...) eu tenho as estruturas do Inamps, as dos estados, as estruturas do Ministério da Educação e as das prefeituras. Eu tenho que criar uma estrutura de integração, a ferramenta mais clara disso foi a POI (programação e Orçamentária Integrada). Nós teríamos assim, o orçamento da educação aplicado à saúde, do INAMPS,

²⁵ Alguns estudiosos da Reforma Sanitária brasileira atribuem à III Conferência Nacional de Saúde, de 1963, a primazia na tentativa de descentralização da saúde no país. Essa Conferência foi convocada para discutir quatro itens fundamentais: 1. A situação sanitária da população brasileira. 2. A distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias em âmbito federal, estadual e municipal; 3. A municipalização dos serviços de saúde e 4. A fixação de um Plano Nacional de Saúde. (SILVA, 2001, p. 57)

e das secretarias estaduais e municipais, com um plano comum. É essa a idéia do Suds (...) a transferência dos recursos do Inamps para os serviços do estado, mediante convênios. Não por prestação de serviços, mas em função de uma programação integrada. A gente procura fazer com que o superintendente do INAMPS seja o secretário estadual de saúde. Caminharíamos para a integração dos serviços, com a responsabilidade das secretarias estaduais de saúde. A idéia é que os estados devam coordenar o processo de municipalização e que o MPAS e o MS sejam uma secretaria nacional de assistência à saúde, dentro de um Ministério da Seguridade Social. (Escorel, 2005, p.79).

Pode-se dizer que o Suds foi norteado pelo princípio de que os recursos federais devessem efetivamente realizar o sonhado projeto do movimento sanitário de real acesso à atenção à saúde, por parte de toda a população, na instância mais próxima do cidadão, o município.

De fato, a Constituição de 1988, intitulada Constituição Cidadã²⁶, incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes, extraídos da prática corrente e hegemônica, mas reorganizando-os na nova lógica referida pelos princípios da reforma sanitária.

O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e definindo que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196 da CF).

²⁶ Essa será a Constituição cidadã, porque recuperará como cidadãos milhões de brasileiros, vítimas da pior das discriminações: a miséria. Cidadão é o usuário de bens e serviços do desenvolvimento. Isso hoje não acontece com milhões de brasileiros segregados nos guetos da perseguição social. Esta Constituição, o povo brasileiro me autoriza a proclamá-la, não ficará como bela estátua inacabada, mutilada ou profanada. O povo nos mandou aqui para fazê-la, não para ter medo. Viva a

2.1.3 Os caminhos da Política de Saúde Pública pós SUS: princípios de cidadania e controle social.

Segundo Mendes (1996), a saúde na Constituição é definida como resultante das políticas sócio-econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde. Este deve ser organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária. Ao mesmo tempo, o autor cita o Art. 199, o qual consagra a liberdade da iniciativa privada.

O SUS é definido pelo artigo 198 da CF/88 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- **Participação da comunidade²⁷.**
- Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (CF, 1988).

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

... para Rousseau, o cidadão é aquele que faz parte, participa da “cidade”. Ser cidadão é participar das decisões do corpo político, da “cidade”. A “cidade”, palavra cujo sentido “quase se perdeu inteiramente entre os modernos” é “sinônimo de república e é o corpo político que resulta da

Constituição de 1988! Viva a vida que ela vai defender e semear! (Discurso do Dep. Ulisses Guimarães, ao proclamar a Constituição, 1988).

²⁷ Destaque do autor

associação de todos. (...) A maioria considera um burgo uma cidade e um burguês como um cidadão. Não sabem que as casas formam um burgo, mas que são os cidadãos que fazem a cidade” (Do Contrato Social, 1973, apud Bravo, 2002, p. 92)

Esta concepção de cidadão está articulada ao momento político vivido pela sociedade brasileira na década de 1980, recém saída de uma ditadura militar, eufórica com o movimento pelas eleições diretas já, procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, este veio a ser regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que conseguiu resgatar parte do conteúdo vetado na Lei 8080. Estas duas leis definem o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento, e que segundo Marta Arretche:

... a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde conformaram as características do sistema público. Para atender a objetivos analíticos, é importante destacar duas delas. Em primeiro lugar, os provedores lucrativos conservaram seu papel na provisão de serviços especializados, bem como mantiveram sua autonomia para o exercício liberal da medicina. Portanto, ganharam todos: o setor privado lucrativo conservou seu papel na provisão de serviços sem garantir exclusividade ao SUS; os médicos mantiveram a possibilidade de prestar simultaneamente serviços ao SUS e ao exercício liberal da medicina; e prefeitos e governadores poderiam agradar seu eleitorado com o aumento da provisão de serviços gratuitos e ganharam, finalmente, os cidadãos, pela promessa de que receberiam a integralidade dos serviços de saúde de modo universal e gratuito. Estava constituída a grande coalizão de sustentação do SUS. (2006, p. 294).

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

- **Universalidade** - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- **Equidade** - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;
- **Integralidade** - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades.

Destes derivaram alguns princípios organizativos:

- **Hierarquização** - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência;
- **Participação Popular** – Este princípio prevê os mecanismos de **controle social** como as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos Conselhos de Saúde; estabelecidos em nível federal, estadual e municipal, com participação paritária de usuários, se tornaram instâncias de participação popular de caráter deliberativo²⁸ sobre os rumos das políticas de saúde nas três esferas de governo.
- **Descentralização política e administrativa.**

²⁸ “A concepção formal de democracia deliberativa é dada por cinco proposições: a associação é permanente; seus membros compartilham a visão de que as regras de sua associação garantem um padrão legítimo de deliberação e escolha, conseqüentemente compartilham do compromisso de agir e deliberar dentro dos limites institucionais cujas normas foram aceitas através da discussão e argumentação razoável; a livre deliberação entre iguais é a base de legitimidade; a democracia deliberativa é pluralista no sentido de que seus membros têm preferências, convicções e ideais diversos em relação à sua vida privada”. (COSTA, V.M.R. Teoria Democrática e Conselhos de Política Social. In BRAVO, M.I.S e PEREIRA, P.A., 2002, p. 107)

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios sócio-econômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme nos estados e tampouco nos 5561 municípios brasileiros, pois, para que isto ocorra, é necessário uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva “Vontade Política” a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

A Lei 8.080/90 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social. Esta mesma lei, em outro artigo estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados.

O SUS, ao longo da sua existência, sempre sofreu as conseqüências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal, que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento. O financiamento público, sempre insuficiente, está comprometendo o processo de consolidação do SUS e coloca em risco a viabilização das políticas de gestão e atenção à saúde.

A tabela a seguir, mostra a composição do financiamento setorial no Brasil e revela que o setor privado ainda participa em 58% do gasto em saúde e que o gasto direto das famílias (principalmente com medicamentos) é ainda hoje muito importante, em que pese os avanços do SUS (UGÁ, 2006, p.193)

Tabela N. 01 - Composição do gasto em saúde, Brasil – 2003

Gasto em Saúde	R\$ milhões	%
Gasto público total	35.778	42,01
Gasto privado com planos e Seguros de saúde	17.320	20,34
Gasto privado direto das famílias	32.070	37,65
Gasto total	85.168	100,00

Fonte: Ugá & Santos, apud Ugá e Marques, 2005, p.195

Ainda, segundo a autora, não se pode atribuir a baixíssima participação do setor público no financiamento setorial somente ao modelo de sistema de saúde sobre o qual o SUS foi construído. Esta tímida presença do Estado no gasto em saúde, se comparados com os gastos em saúde do Reino Unido, 97%; Dinamarca, 84% e Suécia, 78%, financiados preponderantemente por impostos gerais, já no Brasil, o gasto nacional em saúde é de apenas 42%. Entretanto, não se pode atribuir a pouca participação do setor público no financiamento setorial somente ao modelo de sistema de saúde sobre o qual o SUS foi construído. Esta tímida presença do Estado no gasto em saúde deve-se também e principalmente ao fato de que, no momento da consolidação do SUS, o modelo econômico brasileiro se encontrava (como ainda se encontra) sob as rédeas do ajuste macroeconômico de cunho neoliberal (UGÁ, 2005, p.195)

O neoliberalismo²⁹, que se torna hegemônico no campo econômico, procura rever o papel do estado e o seu peso na economia nacional, propondo a sua

²⁹ De todas as doutrinas da chamada Nova Direita, o neoliberalismo tem sido, de longe, a mais influente nos governos (mesmo em alguns governos socialistas e comunistas). Todos apreciam a “ordem espontânea” supostamente exemplificada nos mercados livres, no direito consuetudinário e (os mais conservadores acrescentariam) na tradição, e deploram qualquer política que alegue um conhecimento definitivo das necessidades humanas.(BOTTOMORE, T. OUTHWAITE, W. , 1996)

redução para o chamado estado mínimo, inclusive na área social, ampliando os espaços nos quais a regulação se fará pelo mercado.

Apesar das dificuldades enfrentadas pode-se afirmar que ao nível da atenção primária o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de média e alta complexidade. Estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços.

Independente da origem política e da respeitabilidade, os ministros da saúde foram transformados em reféns das indefinições e rupturas que sempre colocaram à deriva as instituições de saúde do Brasil.

No período de 1991 a 1994, com a eleição do Fernando Collor de Mello é implementada com toda a força uma política neoliberal-privatizante, com repercussões para além das questões econômicas, indo até os vetos promovidos na Lei 8080/90, nos artigos que tratavam da participação e do controle social na política de saúde.

Embora no discurso as limitações dos gastos públicos devessem ser efetivadas com a privatização de empresas estatais, na prática a redução de gastos atingiu a todos os setores do governo, inclusive o da saúde.

Neste período o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB)³⁰, que tinham como principais objetivos:

- Induzir e estimular mudanças;
- Aprofundar e reorientar a implementação do SUS;

³⁰ As Normas Operacionais Básicas são instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientem a operacionalidade do sistema, a partir da avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS.

- Definir novos objetivos estratégicos, prioridades diretrizes, e movimentos tático-operacionais;
- Regular as ações entre seus gestores;
- Normatizar o SUS.

A NOB 01/91 - primeira a ser editada - sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080 - que definia o repasse direto e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50%, segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc - redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece, em grande parte, vigorando até hoje.

Em 1993, outra NOB buscava um caminho de transição entre o anacrônico sistema implantado pela NOB 01/91 e o que era preconizado na Constituição Federal e nas Leis que regulamentaram o SUS. A NOB 01/93 criou critérios e categorias diferenciadas de gestão para a habilitação dos municípios³¹, e também critérios diferenciados nas formas de repasse dos recursos financeiros. A implementação da NOB 93 revelou-se, entretanto, muito difícil. Contra a crença generalizada de que a descentralização traria redução do gasto federal, as regras de descentralização baseada nos tipos de incentivos anteriormente apresentados, na

³¹ Segundo a NOB 01/93, existiam três formas de habilitação para a gestão da saúde por parte dos municípios: a gestão incipiente, a parcial e a semiplena, que inaugurava uma nova relação do governo federal com outros níveis de governo, ao possibilitar transferências de recursos sem exigir dependência direta com a produção, com a possibilidade de maior controle social, já que os Conselhos de Saúde, nacional, estaduais e municipais, passam a ter incumbência legal de fiscalizar os respectivos fundos de saúde.(SILVA, 2001, p. 74).

verdade, causariam mais gastos. Além disso, elas requeriam agilidade no fluxo das transferências intergovernamentais. (SILVA, 2001).

Em 1994, o então Ministro da Previdência Antônio Brito, em virtude do aumento concedido aos benefícios dos previdenciários do INSS, e alegando por esta razão não ter recursos suficientes para repassar para a área de saúde, determinou que à partir daquela data os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seria destinado somente para custear a Previdência Social.

Em 1995 Fernando Henrique Cardoso assume o governo, mantendo e intensificando a implementação do modelo neoliberal, atrelado à ideologia da globalização e da redução o do “tamanho do Estado”. A crise de financiamento do setor saúde se agrava, e o próprio Ministro da Saúde Adib Jatene reconhece a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos e de que a “cobrança por fora” é um fato. Na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde, Adib Jatene - propõe a criação da CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira.

O Ministro realizou um intenso lobby junto aos congressistas para a sua aprovação, pelo congresso nacional, o que aconteceu em 1996, passando a imposto a vigorar a partir de 1997, permanecendo até os dias de hoje.

A crise de financiamento do SUS agrava a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia, de todo o país tomam a decisão de criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva.

Os Hospitais Universitários, último reduto da assistência médica hospitalar de excelência no âmbito do SUS, também entram em crise.

O governo edita a NOB-SUS 01/96, o que representa um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da Municipalização. O processo de formulação desta NOB envolveu quase um ano de debates, reunindo autoridades locais de saúde representadas através do Conass - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, bem como diversos grupos de interesse, representados no Conselho Nacional de Saúde. Esta NOB revoga os modelos de gestão propostos anteriormente e propõe aos municípios se enquadrarem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Estes modelos propõem a transferência para os municípios de determinadas responsabilidades de gestão, conforme pode ser visto logo abaixo.

A NOB 01/96 reformula e aperfeiçoa a gestão do SUS, na medida em que redefine:

- Os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- Os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- Os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- A prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de

programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;

- Os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social. (CONASS – PROGESTORES, 2003, p. 30, 31)

Cabe aqui destacar que uma das alterações mais importantes introduzidas pela NOB 96 refere-se a forma de repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, que passa a ser feito com base num valor fixo per-capta, o Piso da Atenção Básica (PAB), e não mais vinculado a produção de serviços, o que possibilita aos municípios desenvolverem novos modelos de atenção à saúde da população, voltados às necessidades específicas de cada caso, proporcionando aos municípios a oportunidade de promover ações de prevenção da saúde e não somente o atendimento da doença.

De acordo com Silva (2001, p. 76)

(...) A NOB SUS/96 amplia a municipalização da saúde. A norma estabelece como sua “finalidade primordial consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus munícipes” (...) A NOB SUS/96 é nitidamente municipalista.

O período de implementação da NOB/SUS 01/96 compreendido entre os anos 1988 e 2000 foi marcado por uma série de importantes avanços no processo de descentralização do Sistema Único de Saúde, dos quais destacamos alguns: Grande adesão dos municípios ao processo de habilitação em uma das formas de gestão. 5516 municípios representando 99,21%, sendo 4952 ou 89% - Gestão Plena da Atenção Básica; 564 ou 10,14% em Gestão Plena do Sistema Municipal. (CONASS – PROGESTORES, 2003, p. 32)

Num estudo de Teixeira (1997), evidencia-se a associação positiva existente entre a municipalização da saúde e a democratização. A participação da população, especialmente no controle social, em sua dimensão de accountability³², apresentou crescimento. Ainda segundo a autora:

“... as formas de gestão que trazem mais eficiência, eficácia, criatividade e melhoria na qualidade, entre outras, tiveram relação com as características pessoais e profissionais dos secretários. Segundo essa pesquisa, os secretários mais inovadores, são mais participativos, militantes nas questões de saúde e, em especial da reforma sanitária.” (TEIXEIRA, apud SILVA, 2001, p.77)

Em 2001 foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/01, resultado de um longo processo de negociação entre o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS. Essa Norma tem como objetivo: promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, ou seja, amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Estabelece também o processo de Regionalização³³ como estratégia de hierarquização dos serviços. Institui também o Plano Diretor de Regionalização - PDR³⁴, como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde.

Em fevereiro de 2002 é publicada a NOAS/SUS 01/02, com o propósito de aperfeiçoar a NOAS/SUS 01/01, principalmente no que se refere ao comando único

³² Atualmente, esse tema vem sendo relacionado com a reforma do Estado, analisando como o aperfeiçoamento das instituições estatais pode contemplar, ao mesmo tempo, a melhoria do desempenho dos programas governamentais e sua maior transparência e responsabilização do poder público frente à sociedade.

³³ Regionalização aqui entendida como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. (CONASS PROGESTORES, 2003. p. 33)

sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais, mais especificamente no que diz respeito à explicitação de mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população não residente que busca atendimento no município de referência.

Mais recentemente em 2005, tendo como pano de fundo as dificuldades em se consolidar definitivamente o SUS, os gestores, das três esferas de governo, estabelecem o que chamam de Pacto pela Saúde, onde as prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006)

Acreditamos que a medida e o compromisso público do Pacto Pela Saúde são de suma importância, pois, conforme o pensamento de Rousseau, na perspectiva do Pacto Social: “... Cada um de nós põe em comum sua pessoa e todo seu poder sob a suprema direção da vontade geral, e recebemos, enquanto corpo, cada membro como parte indivisível do todo (...) Imediatamente, esse ato de associação produz, em lugar da pessoa particular de cada contratante, um corpo moral e coletivo...” (ROUSSEAU, 1978, P.33). Ou seja, quando aproximamos esse indicativo no Pacto Pela Saúde, podemos considerar que deve existir uma direção e um compromisso pela “vontade geral” ou pelo interesse da saúde pública no Brasil.

Historicamente assistimos no desenrolar das políticas públicas a inexistência desse pacto, porém, as últimas décadas, têm-se notado uma ampliação efetiva no controle social para a construção de uma esfera pública, conseqüentemente, uma nova perspectiva democrática de entendimento e

³⁴ Um dos passos mais importantes para a implantação do PDR, foi a definição de conceitos chave, levando em consideração a realidade de cada estado. Alguns desses conceitos: Região de Saúde;

enfrentamento da questão da saúde pública, em especial nesse momento, no Pacto Pela Saúde. Certamente este é um desafio a ser enfrentado pela sociedade brasileira, que está ensaiando seus primeiros passos na arena da participação e do controle social efetivo na formulação e gestão das políticas públicas de saúde.

Finalizamos esta breve digressão histórica, com as palavras otimistas de Solla e Teixeira...

(...) Apesar dessas dificuldades, considera-se que o Brasil tem, hoje, a oportunidade histórica de avançar na efetivação de uma política de saúde e na organização de um sistema público de serviços de saúde que represente, realmente, uma inovação do ponto de vista do modelo de atenção (...) Por conta da complexidade dos desafios e considerando a heterogeneidade de situações existentes nas diversas regiões, estados e municípios, pode-se reanimar a utopia e acreditar que, na diversidade dos sujeitos políticos envolvidos nesse processo de reforma (...) pode ser que o SUS venha a tornar-se não somente o 'maior sistema público de saúde do mundo', mas o cenário de uma mudança que aponte saídas criativas para a crise que o país continua imerso. Mais que isso, exige a identificação e o aprofundamento da análise dos desafios atuais, de modo a se encaminhar propostas de mudança que não reproduzam, em outro patamar, as condições favoráveis à manutenção dos modelos que se pretende transformar. (Teixeira e Solla, 2005, p. 472).

2.2 O Controle Social das Políticas de Saúde através dos Conselhos de Saúde.

2.2.1 Conselhos de Saúde do Brasil

No terreno das políticas públicas, a existência de órgãos colegiados setoriais vinculados ao executivo, em geral com funções de assessoramento e articulação, não é fenômeno novo no Brasil, nem exclusivo da área da saúde. Com composição variada diversos órgãos desse tipo, denominados conselhos, têm comparecido no cenário da administração pública brasileira ao longo da história.

Entretanto, nada há na história do Estado brasileiro que se assemelhe aos Conselhos de Saúde da atualidade, quer seja pela representatividade social que expressam, pela gama de atribuições e poderes legais de que são investidos, ou pela extensão em que estão implantados por todo país, nas três esferas de governo. Na área da saúde, os conselhos encontram seu antecedente mais remoto em 1937, quando a Lei 378, de 13 de janeiro de 1937 altera a constituição do Ministério da Educação e Saúde, criando o Conselho Nacional de Saúde dando-lhe atribuição de “assistir” o ministério (CARVALHO, 1995, p.32).

Segundo o mesmo autor, após mais de 30 anos de funcionamento inexpressivo, o Conselho Nacional de Saúde entra numa segunda etapa -1970, quando o Decreto Nº. 67.300/70 lhe atribuí funções mais definidas, procurando compatibilizá-lo com o processo de modernização conservadora em andamento no país. O decreto mencionado define o CNS como órgão de consulta, integrante do ministério, a quem compete examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado. Este conselho tinha, em sua maioria, membros escolhidos pelo executivo.

A representação da sociedade estava longe de se dar naquele momento. A feição do conselho é então a de um órgão técnico/político com funções normativas, enquanto sua legitimidade funda-se no próprio Estado, na medida em que seus membros, dependiam de indicações do poder executivo. Essa situação perdurou por duas décadas, através de diversos decretos e portarias. Na realidade, nesse período que se prolongou de 1970 a 1990, o Conselho Nacional de Saúde pouca importância teve para o setor saúde.

Desde meados da década de 1970, desenvolvem-se, “por fora” do Estado, ainda com baixa visibilidade nos grandes cenários da política setorial, diversos movimentos reivindicatórios nas periferias urbanas, tematizados pela questão saúde. Tais movimentos configuraram novos atores e inauguraram a presença dos segmentos populares no setor saúde, ainda que, com poucos espaços para participação.

O início da década de 1980 é marcado pela aceleração do esforço governamental de enfrentamento da crise da previdência, que amargava uma dramática queda de arrecadação, agravada ainda pela notória ausência de controles institucionais e sociais. Surgem várias tentativas de recuperar a estrutura de saúde no país, assunto já discutido anteriormente. Dentre as várias tentativas, o Plano CONASP – Conselho Consultivo e Administração de Saúde Previdenciária - é assim, o marco que delimita a inauguração do cenário institucional onde se desenvolvem as novas idéias e práticas da institucionalização da participação. Um cenário claramente de transição, onde a disputa passa a ser cada vez mais marcada pelos ventos que sopram na sociedade e não mais apenas pelos sopros de grupos com entrada privativa nos corredores do poder. (CARVALHO, 1995)

Governantes estaduais e municipais, gestores das diversas modalidades assistenciais, públicos, privados, universitários, profissionais de saúde, usuários organizados em vários tipos de associações comunitárias passaram a compartilhar assento em órgãos colegiados onde se discutiam questões da saúde, ainda que com baixíssima capacidade decisória. Fleury (1997) considera que tais estruturas permitiram um “processo político de interpretação mútua” entre esses atores que contribuiu para a constituição e o amadurecimento de novos sujeitos políticos na

arena da saúde. Considera que, nesse momento, começa a ocorrer uma evolução do conceito “participação” em direção à idéia de controle social em saúde.

Como decorrência da Constituição de 1988, emergiu no cenário brasileiro, como inovação institucional, os conselhos gestores de políticas públicas, também chamados conselhos setoriais. Estes conselhos foram considerados legalmente indispensáveis para o repasse de recursos federais aos estados e municípios, constituindo-se como peças centrais no processo de descentralização e democratização das políticas sociais. A esse respeito Moreira nos oferece algumas informações preciosas acerca da conformação legal dessas novas instâncias deliberativas:

“(...) [os conselhos] : são órgãos concebidos para influir constitutivamente na vontade normativa do Estado, mediante o exercício de competências conferidas pelas respectivas leis criadoras, que devem trazer as linhas definidoras de seu campo de atuação. Não podem os conselhos deliberar sobre matérias que extrapolem os setores das políticas sociais sob sua responsabilidade, nem sobre questões que extravasem o âmbito da esfera de governo onde foram criados e das atribuições que lhes foram conferidas (...) Os conselhos constituem-se em instâncias de caráter deliberativo, porém não executivo; são órgãos com função de controle, contudo não correcional das políticas sociais, à base de anulação do poder político. O conselho não quebra o monopólio estatal da produção do Direito, mas pode obrigar o Estado a elaborar normas de Direito de forma compartilhada (...) em co-gestão com a sociedade civil. (...) Os conselhos devem se deter, também, sobre medidas que visem ao reordenamento institucional dos órgãos da administração pública responsáveis pela execução das políticas sociais dentro do seu campo específico de intervenção (...) Se tais medidas implicarem alterações de competência privativa do chefe do Executivo, ou de seus auxiliares diretos, dependerão de homologação por essas autoridades públicas. Tudo o mais que tenha caráter de adequação ou reorientação e que expresse o exercício de competência prevista na lei de sua criação não necessita de homologação, (exceção feita às deliberações dos conselhos de saúde (...)). (MOREIRA, apud TATAGIBA, 2002).

Em 1990, foram promulgadas as duas Leis fundamentais do SUS: a Nº 8080 e a Nº 8142, sendo que, a segunda, dispõe, entre outras providências, sobre a participação da comunidade na gestão, em cada esfera de governo, em duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A respeito dos Conselhos de Saúde, a Lei n. 8142 diz:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (Art. 1º, inc. 2º). (...) a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. (Art. 1º, inc. 4º)

Os Conselhos e as Conferências não são as únicas formas de controle das ações do SUS, existindo ainda as Comissões Intergestores, os Tribunais de Contas e o próprio Ministério Público. Contudo, a grande peculiaridade é a sua formação mista, em que há a presença do Estado e da sociedade, com ampla participação da comunidade na decisão dos rumos da política de saúde em nível local.

A introdução do controle social - entendida como uma conquista no plano jurídico-institucional - particularmente a partir dos Conselhos, sempre foi vista, de uma maneira geral, com muito ceticismo, e o argumento de boa parte dos profissionais da saúde coletiva era que a população brasileira não teria “consciência política” e os Conselhos não saíam do papel ou seriam, pior ainda, cenário de práticas clientelistas.(idem)

Entre 1991 e 1993 foram construídos mais de dois mil conselhos de saúde por todo país, numa média de praticamente de dois novos conselhos por dia. Em 1999, num documento produzido pelo Conselho Nacional de Saúde, apontava para a existência de cerca de 45.000 conselheiros nas três esferas de governo. Se somarmos aos conselheiros não-governamentais todo o contingente de ONGs, entidades e movimentos envolvidos com a qualificação e capacitação técnica e política desses conselheiros, veremos que há uma grande concentração de energia e investimento nesses espaços institucionais dos conselhos, o que justifica um olhar mais detido sobre eles. (CARVALHO apud TATAGIBA 2002, p.48).

Entendemos que na conjuntura atual, existe no setor saúde uma densa constelação de espaços de participação, interlocução e aprendizado cívico, envolvendo milhares de pessoas dedicadas a realizar um trabalho voluntário em prol da defesa do SUS, do controle social e da saúde da população. Porém, antes de prosseguirmos, cabe advertir que o funcionamento ‘bom’, ‘regular’ ou ‘ruim’ de um conselho depende, segundo Labra (2005), da postura de apoio, indiferença ou rejeição das autoridades de turno.

(...) As experiências de ampliação da participação democrática que têm sido objeto de muitos estudos no Brasil, especialmente as experiências de orçamento participativo e conselhos gestores de políticas públicas, demonstram que ao mesmo tempo em que têm proporcionado um espaço de interlocução e incorporação de atores sociais coletivos ao processo decisório, estes arranjos têm sido simultaneamente privados de sua capacidade de decisão e de interferência na produção de políticas (TATAGIBA, 2002).

Uma outra questão, também merece uma atenção especial: os problemas ligados à representação e composição dos membros dos Conselhos de Saúde. Este é um problema recorrente e muito difícil de se resolver na prática. Com frequência, a composição do conselho não segue o princípio da paridade e os critérios de escolha do representante são mal conhecidos. No estudo de Labra:

“as vezes um mesmo conselheiro representa diferentes seguimentos, por exemplo, usuários e prestadores ou é um político em cargo eletivo - vereador. Os prestadores privados praticamente não participam, porque resolvem seus pleitos diretamente com o gestor ou seus funcionários e, quando presentes, coíbem a livre expressão dos demais conselheiros, em particular os do segmento usuários.” (LABRA, 2005, p.373)

A discussão acerca da representatividade dos conselhos ainda não está acabada, até porque, seria muito difícil fazer-se representar de forma qualificada nos inúmeros conselhos hoje em funcionamento, que dependem, muitas vezes de conhecimento técnico e disponibilidade de tempo.

(...) A Constituição de 1998, ao instituir a obrigatoriedade dos conselhos em diversas áreas, acabou criando espaços difíceis de serem preenchidos. A tentativa de ocupar esses espaços tem levado, muitas vezes, à sobrecarga

de trabalho de alguns conselheiros que acabam atuando em diversos conselhos ao mesmo tempo. (TATAGIBA, 2002, p. 68).

Recuperando os termos de Carvalho (1995), os conselhos parecem estar atualmente mais capacitados para **‘impedir o Estado de transgredir’**, do que **‘induzi-lo a agir’**, investindo suas energias mais no controle das prestações de contas e dos serviços prestados pelo Estado, do que na formulação de políticas. (grifo nosso)

A institucionalização da participação popular nas políticas públicas foi um grande avanço, uma conquista importante dos setores democráticos à qual é preciso dar conseqüência e efetividade na prática concreta. Os desafios são grandes, porém, grande também tem sido a criatividade na busca de soluções. Com o passar do tempo, poderemos dizer se os conselhos viabilizarão a ampliação e o aprofundamento da democracia no Brasil.

Várias experiências municipais e estaduais têm sido objeto de investigação, em especial através das pesquisas de pós-graduação em todo o Brasil, e seguindo a orientação de Tatagiba (2002) sobre a necessidade de um olhar mais detido sobre os Conselhos, devido ser um campo propício para a emergência de novas práticas de gestão, porém plena de desafios a serem vencidos, nos propomos a partir do próximo capítulo lançar um “olhar mais detido” sobre a experiência dos Conselhos Locais de Saúde no Município de Ponta Grossa.

CAPÍTULO III

CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

3.1 O Município de Ponta Grossa: alguns determinantes históricos

Para compreender a política pública de saúde em Ponta Grossa, faz-se necessário conhecer um pouco da sua história.

A ocupação do território paranaense se iniciou no litoral e pode ser dividida em três grandes fases: século XVII - ocupação do litoral e do planalto curitibano; século XVIII - conclui-se a ocupação dos Campos Gerais; século XIX - ocuparam-se os campos de Guarapuava e os de Palmas. Assim, até meados deste século, o processo de interiorização se conclui constituindo o chamado Paraná Tradicional³⁵. Ligadas ao tropeirismo, ainda no século XVIII, pequenas povoações começaram a surgir ao longo do Caminho das Tropas - caminhos que ligavam Viamão RS a Sorocaba SP. Nos locais em que as tropas fixavam pouso, fazendo seus pequenos ranchos para descanso, trato e engorda do rebanho, ou esperando passar as chuvas e baixar o nível dos rios, logo surgia um ou outro morador, fundando casa de comércio, interessado em atender às necessidades dos tropeiros. Dessa forma, pequenas freguesias e vilas, como o Príncipe (Lapa), Palmeira, Ponta Grossa, Piraí do Sul, Castro e Jaguariaíva, tiveram seu desenvolvimento inicial dependente das fazendas e do movimento das tropas.³⁶

³⁵ em <http://pg.pr.gov.br/história> acesso em 03/10/2006)

³⁶ (em <http://pg.pr.gov.br/história> acesso em 03/10/2006)

Em 1855, Ponta Grossa é elevada à categoria de vila, mas foi efetivamente, “na última década do séc. XIX, que o processo de desenvolvimento foi acelerado pela rede da Estrada do Paraná e pela construção da Estrada de Ferro São Paulo – Rio Grande do Sul,... transformando a cidade, agora em ponto de entroncamento ferroviário...” (PINTO E GONÇALVES, 1983, p. 122), ampliando as atividades econômicas da região. A exemplo tem-se a extração da erva mate e madeira, cuja comercialização ficava facultada pelo acesso ao transporte férreo. Tais facilidades trouxeram o progresso e Ponta Grossa consolidou-se então, enquanto cidade. Essa realidade emergente propiciou um novo ordenamento do convívio, com a instauração da Justiça e a elaboração de Códigos de Posturas, regulando o cotidiano do cidadão.

No final do séc. XIX, Ponta Grossa já estava com uma população de quase oito mil habitantes. População sui – gêneris: de um lado os povoadores e seus descendentes, frios e orgulhosos, e de outro, os imigrantes recém chegados... arredios e desconfiados... isso resultou uma sociedade difícil no relacionamento... Assim a sociedade pontagrossense inicia o séc. XX com uma elite representada talvez ‘pelas maiores fortunas da Província, formando uma verdadeira classe senhorial, e que centralizava o poder nos Campos Gerais.’ (CHAMA, apud LUIZ, 1997, p. 71).

A presença desses imigrantes trouxe mudanças para as regiões paranaenses onde se instalaram, impulsionando, sobretudo, as atividades industriais. Essa atitude modernizadora ocorreu também em relação a outros setores como comércio, transporte e cultura. Tais atividades muitas vezes ocorreram em função das dificuldades com a atividade agrícola que os levaram a migrar para a zona urbana.

O tradicionalismo reforçado pelas relações das famílias proprietárias de terras diminui as possibilidades de surgimento de relações sociais diferentes das

dominantes, principalmente quando as relações são dominadas pelo econômico e extrapolam para o mando político da cidade.

Nos anos trinta, porém, algumas modificações vão ocorrendo no cenário político pontagrossense, quando profissionais liberais e funcionários públicos assumem a prefeitura. Essa modificação, é reflexo de uma nova realidade da política paranaense, pois a introdução do plantio do café movimenta o Norte do Estado, e reflexo da economia nacional, como nos informa Ianni (1979, p. 16) “Note-se que na década dos vinte (como na dos trinta) o café perfaz mais de 80% do valor global das exportações brasileiras”, assim pode-se perceber a importância do setor, também no Estado do Paraná, na época grande produtor de café. O pólo de desenvolvimento estadual muda de região e de setor. Da pecuária (dos fazendeiros tradicionais) à agricultura e também início da industrialização (burguesia comercial e industrial) “tal dualidade provavelmente é causada pela forma como, agora, se instalam os novos elementos da política paranaense. Neste momento as famílias tradicionais dos Campos Gerais ainda tinham o poder, mas eram obrigados a fazer alianças com grupos de outras regiões do Paraná.” (Paula, 2001. p. 46) Ponta Grossa então, nos áureos tempos do café paranaense, teve que dividir a hegemonia econômica e política em nível estadual, sofrendo o reflexo da política nacional.

De acordo com o relatório do prefeito Albary Guimarães³⁷, que administrou a cidade de 1934 a 1944, verificaram-se transformações na cidade evidenciadas por dados, tais como: aumento dos investimentos na área de educação, ampliação e construção de edifícios públicos, melhorias nas áreas de saúde com a criação da Maternidade Pública e de cinco Postos de Puericultura e de saneamento básico, reforma e remodelação dos logradouros, ampliação da rede de iluminação pública

³⁷ Histórico de Ponta Grossa - Site prefeitura municipal de Ponta Grossa, Paraná – 2006
<http://pg.pr.gov.br/história>

atingindo os três principais bairros de Ponta Grossa, Nova Rússia, Oficinas e Uvaranas, calçamento poliédrico nas principais ruas da cidade, crescimento do patrimônio predial urbano, atingindo 6.958 construções em 1944.

Em 1947, Ponta Grossa elege o primeiro prefeito pós Constituição de 1946, do Partido da Unidade Democrática Nacional (UDN), João Vargas de Oliveira, comerciante e político da região e deputado por várias vezes. (CHAMMA, 1988, apud LUIZ, 1997). O resultado da eleição demonstra que o cenário político da cidade recebe a inflexão de outro setor econômico que se desenvolvia no local - o comércio, seguido de outros prefeitos, advogado, professor, engenheiro. Até 1964, quando assume novamente um fazendeiro tradicional do município. (idem)

Na década de 1950, encontramos uma nova realidade. O Paraná buscava uma nova identidade regional devido ao crescimento vertiginoso de sua população, a ampliação de suas fronteiras e o impulso econômico da lavoura cafeeira. A terra roxa e o café fizeram a riqueza e a importância política de sua região norte. Neste contexto, iniciou-se também para Ponta Grossa um novo período histórico.

A cidade, historicamente vinculada ao tropeirismo e a economia agrária - a Ponta Grossa camponesa - e que no princípio do século XX experimentou um momento de euforia urbano capitalista - Ponta Grossa ingressou numa fase correspondente àquela vivida pelo Paraná.

No início da industrialização brasileira, o Estado do Paraná manteve uma posição secundária frente aos outros estados. Nos anos de 1970, quando a industrialização passa a determinar o desenvolvimento nacional, o Estado do Paraná vai incorporando a referida política e, a superação da situação periférica está, indissoluvelmente ligada às possibilidades de uma industrialização extensiva e intensiva no Estado, mudando-lhe a posição. (LUIZ, 1997)

A agricultura, ainda, determinava grandemente a economia do Estado, e o plantio moderno e tecnificado da soja e, principalmente, a sua industrialização redefinem o desenvolvimento da região dos Campos Gerais.

No período do ocaso do regime militar no Brasil versus abertura política – democratização, a sociedade civil brasileira, de modo geral, movimentou-se nas mais diversas áreas (política, social, educacional, religiosa...) a fim de instituir um novo modo de governo e vida no país. (LUIZ, 1997).

Em Ponta Grossa, no ano de 1983, assume como prefeito Otto Santos da Cunha, ligado ao PMDB Partido do Movimento Democrático Brasileiro, que tinha na “participação popular” o lema da administração, para acompanhar a política estadual, também do PMDB, e assim expressava seus objetivos:

(...) será perseguido o objetivo de criar formas determinadas que facilitem a expressão das organizações da sociedade civil e dos indivíduos como, por exemplo, os órgãos colegiados de consulta e de deliberação. A constituição de **conselhos e outros órgãos**, em que tenha presença a **sociedade civil** será, portanto, um elemento central na política de participação popular introduzindo-se tais instrumentos de maneira gradativa e cuidadosa. (Governo do Estado do Paraná, apud GUMARÃES, 1997, p.91) (grifo nosso)

Diante do quadro exposto, está o PMDB, que representava o partido de vanguarda, que teve expressiva participação nas “Diretas Já”, na “Aliança Democrática”, e, em Ponta Grossa, naquele contexto, favoreceu a participação popular. É claro, não se pode negar o avanço conseguido no envolvimento das associações de moradores nesta gestão, o que Ponta Grossa nunca havia experimentado antes, no surgimento de vários sujeitos coletivos. Até porque nas gestões anteriores, não se preconizava a descentralização e participação popular, nos moldes pós – abertura política.

Para o processo de redemocratização de Ponta Grossa, o prefeito que administrou tal período, pertencia às famílias tradicionalmente ligadas ao poder econômico e político da cidade. Pode-se notar que mesmo com a mudança de hegemonia do setor econômico, com a consolidação do setor secundário e terciário, a hegemonia política de Ponta Grossa continuou centrada nas mãos das famílias de origem / ligadas à agricultura. Desde as eleições de 1982 até 1992 “...foram ganhas por representantes do empresariado e das oligarquias rurais locais.” (Paula, 1993, p. 15). Os três prefeitos do período em questão, embora pertencessem a partidos diferentes se aproximam pelas raízes agrárias e econômicas.

Entretanto, na eleição municipal de 1996, o candidato que daria continuidade à esta representação, ficou em terceiro lugar. O quadro eleitoral se modificou, o prefeito eleito foi um “radialista popular” do PSDB, ficando em segundo colocado o candidato do PT. Nesta eleição, pode-se dizer que Ponta Grossa, ao final do séc. XX negou o tradicionalismo político tão conhecido que compunha historicamente o poder local no município e optou por uma proposta nova, estabelecendo uma ruptura com os políticos tradicionais, preferindo, pela marcada carência econômica da grande maioria dos moradores do município, acreditar nas propostas assistencialistas do candidato vencedor. (LUIZ, 1992).

Nos anos de 1980, Ponta Grossa vivenciou o surgimento de sujeitos sociais não governamentais, atrelados ou não a facções político – partidárias. O surgimento desses sujeitos está vinculado ao “movimento de democratização” da cidade.

É através da percepção de contradições que alguns movimentos da sociedade³⁸ organizaram-se para reverter uma situação. Em Ponta Grossa, o fenômeno, também aconteceu, quando a questão social se aprofundou nos anos

1980 e 1990, uma parte da sociedade civil pontagrossense mobilizou-se para enfrentar situações de exclusão social contraditórias, ampliando a esfera pública local com objetivos próximos e/ou distintos, num processo de socialização da política. (LUIZ, 1997).

Para a década de 1980, tem-se também como fruto das pressões da sociedade, movimentos nacionais pela descentralização administrativa, a socialização da política, através da organização de comissões e conselhos municipais paritários e/ou deliberativos. Quanto a essa categoria de participação popular, através de conselhos, em Ponta Grossa, Paula (2001) argumenta que a criação deles foi por iniciativa do executivo municipal.

Mais recentemente, contudo, surgem novas variáveis que modificam o curso do jogo político e crescimento do espaço urbano. A criação da Lei Orgânica Municipal (1990), proposta e aprovada em condições mais favoráveis à intervenção de outros setores da sociedade, que até então não tinham acesso a esse mecanismo. Este é um dado importante, pois os instrumentos contidos nessa lei aguardam sua exploração plena pelos grupos mais organizados da população e oportunizam o processo de discussão sobre os problemas locais.

Contudo, o prefeito eleito em 1996, Jocelito Canto, teve muitas dificuldades para governar³⁹, devido a questões financeiras e também aos movimentos contrários a sua administração, formados a partir da mobilização da sociedade civil. Dentre eles, podemos citar como exemplo, O Movimento Pela Ética e Cidadania na Política, (formado principalmente pela elite agrária do município) que utilizava segmentos mais pobres da população como massa de manobra, no sentido de desestabilizar o

³⁸ “Esses institutos democráticos, expressões de auto - organização popular, forma o que Gramsci chamaria de organismos da ‘sociedade civil’: são os partidos de massa, as associações profissionais, os comitês de empresa e de bairro, as organizações culturais, etc.” (COUTINHO, 1992, p. 23).

governo, ao ponto de inúmeras vezes entrar com processos junto ao Ministério Público para afastá-lo do poder.

O debate político e ideológico se acirrou, ao ponto de, que no processo eleitoral para a escolha do novo prefeito do município em 2000, num debate às vésperas da eleição, Paula (2001) assinala:

... A passagem de um momento em que dominam os fazendeiros para o segundo momento quando a burguesia empresarial e comercial se apropria do poder é gradual, resquícios, mesmo desse período, ainda podem ser facilmente captados até os dias de hoje no modo como a política local se engendra. Durante as eleições municipais em 2000, por exemplo, num debate entre os candidatos à prefeitura, um dos descendentes da elite campeira, premido pela possibilidade de derrota, afirmou de maneira intempestiva: "Ponta Grossa tem dono!" (de Paula, 2001, p.63)

Ponta Grossa elegeu pela primeira vez um candidato do Partido dos Trabalhadores, o mesmo que havia ficado em segundo lugar nas eleições anteriores, trazendo consigo a esperança da população em poder participar, de forma democrática e com maior intensidade na condução dos destinos da cidade. Na prefeitura de um modo geral, a ampliação dos canais de participação passa a ter importância central como proposta do governo, que ao assumir a administração, estabelece como diretrizes gerais básicas: moralização da gestão, transparência nas ações e participação popular.

Em consonância com administrações do PT em outros municípios do país, como São Paulo, Campinas e Porto Alegre, a prioridade do governo era criar, na prática, uma democracia participativa, através da incorporação dos movimentos sociais na formulação e gestão das políticas públicas. Foi assim que teve início, em Ponta Grossa, a discussão em torno da criação de conselhos populares como o Conselho do Orçamento Participativo, dos Conselhos de Vilas e também, num segundo momento, dos Conselhos Locais de Saúde, objeto do presente estudo.

³⁹ O seu governo foi marcado por vários acontecimentos relacionados à sua vida particular, inclusive ganhando espaço na mídia nacional.

A preocupação em ampliar espaços democráticos locais tem sido manifestada em eventos nacionais e internacionais, de movimentos e organizações, o que pressiona a reestruturação de uma sociedade mais participativa e igualitária. Tal exercício representa um movimento interno da sociedade, aumenta a capacidade de enfrentamento e nutre a preocupação de desvelamento e continuidade do movimento.

Os sujeitos sociais, que compõem esse cenário, precisam ocupar os espaços novamente, pois como lembra Rivollois "... as instituições locais não são apenas um reflexo de lógicas dominantes, porque o nível local está ligado à história, às representações coletivas específicas, às formas culturais. No entanto, o nível local é também o lugar das tensões, das lutas, portanto, um nível de contra poder." (apud Fischer, 1993, p. 13).

Assim entendido, o local depende da existência deste contrapeso frente ao poder instituído, para buscar alternativas e relações diferentes das dominantes.

3.2. Os Caminhos da Saúde Pública no município.

Antes de adentrarmos ao tema a saúde pública no município, necessário se faz uma breve abordagem sobre Ponta Grossa, no início do séc. XXI, no que se refere a alguns indicadores sociais, demográficos e econômicos.

O Município de Ponta Grossa, representa no cenário do estado do Paraná, um importante papel político e econômico, pois se consolidou como um pólo de referência na área industrial, do agronegócio e também vem se firmando como um grande pólo de serviços, tendo o ensino superior e os serviços de saúde lugar de destaque.

De acordo com o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o município conta com 300.196 habitantes⁴⁰, ocupando uma área de 2.068 Km². Embora Ponta Grossa seja um município pólo da região, sua população tem renda média bem abaixo dos outros municípios do mesmo porte do estado. A média salarial para homens é de R\$ 822,91 e para mulheres é de R\$ 460,48 (IBGE, 2002). Da população empregada que recebe salário, 65.954 pessoas recebem até cinco salários mínimos, 17.594 recebem entre cinco e dez salários mínimos, 10.588 pessoas recebem acima de dez salários mínimos e a população acima de 10 anos que não possui rendimento é 90.120. (IBGE, 2001).

Esses dados revelam algumas características marcantes da população e do município, ou seja, diante de uma população mais pobre os serviços públicos ofertados, notadamente àqueles de saúde, devem estar estruturados para atender um número maior de usuários. Ainda de acordo com o IBGE, em 2002, Ponta Grossa contava com 91 estabelecimentos de saúde, dos quais 54 públicos e 37 privados, nove estabelecimentos hospitalares, em 2006 esse número reduziu para 8 devido ao fechamento de um hospital psiquiátrico, todos conveniados ao SUS. Embora Ponta Grossa tenha crescido em população nos últimos anos, o número de estabelecimentos hospitalares foi inversamente proporcional, isto causou grandes dificuldades de acesso a esses estabelecimentos, tanto para internações quanto para procedimentos ambulatoriais de maior complexidade. Ainda, de acordo com o IBGE (2005), o município possui um total de 677 leitos hospitalares para internação⁴¹, distribuídos em dois hospitais públicos e em seis hospitais privados conveniados com o SUS, que servem de referência para toda a região dos Campos

⁴⁰ pop. Estimada para 01/07/2005,

⁴¹ Segundo a portaria nº 1101/2001 do Ministério da Saúde, o número de leitos hospitalares adequado à população é de 3 a 4 leitos para cada 1000 habitantes.

Gerais. Esses leitos são insuficientes para atender a demanda da região, segundo a portaria do MS Nº 1101/2001.

Todas essas dificuldades, também são traduzidas quando verificamos o IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal, em que Ponta Grossa ocupa o 19º lugar no Estado com 0,803, ficando atrás de municípios do mesmo porte como Maringá 6º, Londrina 10º, Cascavel 15º. Como já visto anteriormente, Ponta Grossa possui uma população pobre, com renda baixa⁴², o que a leva automaticamente a demandar por mais serviços públicos, quer seja os de saúde, quer seja outros serviços públicos, tais como educação, moradia, transporte e outros serviços de assistência social.

Outros indicadores de desenvolvimento humano do município IDHM-L (Longevidade) – 0,765; IDHM-E (Educação) – 0,911; e IDHM-R (Renda) – 0,735 também estão abaixo dos municípios de mesmo porte. (IDHM, 2005)

3.2.1. O momento anterior ao SUS

No início dos anos 1980, o município de Ponta Grossa convivia com dois sistemas de saúde: um destinado a atender aqueles cidadãos que “contribuíam” para o sistema previdenciário⁴³, e este atendimento, tanto na área ambulatorial, quanto na área hospitalar se dava principalmente através de serviços contratados e/ou credenciados, seguindo o modelo médico assistencial privatista; o segundo destinado à população “não contribuinte”, em que se exercitava a medicina

⁴² Segundo dados da Secretaria Municipal de Assistência Social (2006), a área urbana do município possui 24 favelas com mais de 50 domicílios e 112 focos de favelas com menos de 50 domicílios; 8 mil famílias residem em ocupações irregulares, 12 mil famílias encontram-se abaixo da linha da pobreza e 15mil famílias encontram-se cadastradas em programas de transferência de renda do governo federal. (SIQUEIRA, 2006, p. 76).

⁴³ Tinham direito ao atendimento a saúde, somente àquelas pessoas que possuíam emprego com carteira assinada e/ou que contribuíam como autônomo e possuíam carteira de contribuinte.

simplificada destinada à cobertura nominal de populações não-integradas economicamente e também as ações de imunização, vigilância sanitária, epidemiológica, atendimento ambulatorial voltado à atenção básica (pediatria, clínica médica e ginecologia e obstetrícia) e também em duas áreas de especialidades: tuberculose e hanseníase. (LUIZ et. al, 1986).

Este atendimento se dava em unidades de saúde, situadas na área central do município e nos bairros mais populosos, criando para a população das outras regiões grandes dificuldades de acesso, principalmente para àquelas mais pobres, pois o número de atendimentos disponibilizados não era suficiente para a demanda existente.

Em meados da década 1980, a eclosão da crise da previdência social se refletiu também no município de Ponta Grossa, fazendo com que os gestores da saúde local procurassem outras alternativas para garantir o atendimento à população. Uma dessas foi a implementação, no município, do Plano de Racionalização Ambulatorial, que levou à proposição das **Ações Integradas de Saúde - AIS**⁴⁴. O município de Ponta Grossa assinou o convênio em março de 1985, e passou a implementar essas ações nas 28 unidades de saúde municipais, que na sua maioria funcionavam em instalações alugadas ou cedidas pela igreja, por outras entidades e também no Centro de Saúde administrado pelo Estado (LUIZ et al, 1986).

Neste contexto, o Secretário Municipal de Saúde trouxe para a cidade um grupo de médicos e enfermeiros, ligados ao movimento sanitário, que passaram a

⁴⁴ As AIS, implantadas em 1983 como um programa de atenção médica, adquiriram, a partir do fim do regime autoritário, na Nova República, um desenho estratégico de co-gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde. Importa salientar que as AIS modificaram-se, qualitativamente, a partir de ações internas dentro das instituições propositadamente preparada para sustentar o modelo médico-assistencial privatista, o INAMPS. (MENDES, 1996)

aplicar na prática os pressupostos preconizados pelas AIS. Neste momento, já se vislumbrava no município, as primeiras ações organizadas da comunidade junto às Unidades de Saúde onde esses profissionais atuavam.

As ações de saúde ambulatoriais realizadas através do INAMPS, na modalidade de médicos credenciados, continuaram sendo mais representativas em termos de volume de atendimento e também na alocação de recursos financeiros, conforme podemos observar na tabela abaixo.

Tabela No. 02: Número de Consultas Realizadas por Instituição Pública no Município de Ponta Grossa – 1985.

Instituições	Total Real de Consultas
INAMPS	248.130
Centro de Saúde Estadual	30.344
Prefeitura Municipal	48.962
Sindicato	26.589
Total	354.025

Fonte: Mapa de acompanhamento das AIS – INAMPS, in Luiz et al: 1986.

Ainda, segundo Luiz et al, (1986, p. 30), em 1985 os serviços básicos, apesar de estarem bem distribuídos geograficamente, não correspondiam às necessidades da população, pois os serviços públicos do município perfaziam apenas 10% da demanda de consultas médicas totais.

Alguns fatores contribuíram para esse quadro, dentre eles destacamos:

- A população não acredita no serviço;
- Pouca resolutividade e inexistência de um sistema de referência;
- Falta de consciência de saúde pública por parte dos técnicos que atuam na rede municipal. (LUIZ et al, 1986, p. 30)

No que se refere ao atendimento hospitalar e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT, a grande concentração se dava junto a iniciativa privada. Um único hospital público instalado no município⁴⁵ tinha como única especialidade a pediatria. A Santa Casa de Misericórdia – realizava atendimento parcial para os chamados “indigentes”⁴⁶, e o restante dos hospitais (nove), prestavam serviços na forma de convênio com o INAMPS.

As discussões em torno da necessidade de avanços no processo de mudança do modelo assistencial, foi ampliada em 1985, por um grupo de profissionais de saúde, oriundos das secretarias municipal e estadual da saúde, que apresentaram um primeiro diagnóstico de saúde do município⁴⁷ - como parte do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública promovido pela Secretaria Estadual da Saúde em convênio com a Fundação Oswaldo Cruz. Esse diagnóstico assinalava os pontos considerados “críticos” e também delineava os caminhos a serem seguidos no sentido de consolidar, no âmbito do município, esse novo modelo.

Em 1987, o município adere ao processo de implantação do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que tinha como objetivo seguinte a municipalização dos serviços de saúde. Isto se deu através da assinatura de um convênio junto ao Estado do Paraná, que naquele momento já havia iniciado o processo de descentralização das ações de saúde da União para o Estado. O processo de implementação do SUDS em Ponta Grossa teve características marcantes, das quais podemos destacar:

⁴⁵ Hospital Infantil Getúlio Vargas, ligado à Secretaria de Estado da Saúde.

⁴⁶ Pessoas que não possuíam nenhum tipo de convênio e tampouco eram contribuintes da previdência.

⁴⁷ SILVA, Silvio Fernandes: Situação Atual dos Serviços de Assistência Médica no Município de Ponta Grossa, 1985.

- A estrutura municipal era ainda muito frágil, pois não possuía a capacidade de assumir responsabilidades pelo gerenciamento dos serviços;
- A estrutura federal instalada no município era composta pelo Posto de Assistência Médica - PAM, pelo Serviço de Medicina Social - SMS e convênios com prestadores de serviços médicos, odontológicos e de apoio diagnóstico, todos ligados ao modelo médico assistencial privatista.
- Estrutura estadual presente no município: Distrito Sanitário, Centro de Saúde Municipal e Hospital Infantil, estava voltada basicamente para as ações específicas de saúde pública, com acompanhamento e assessoria para os demais municípios, que compunham a área de abrangência do 3º Distrito Sanitário ⁴⁸. (LUIZ, 1986)

Com a implantação do SUDS no município, abriu-se a primeira oportunidade para a discussão de estratégias e mecanismos de controle dos serviços.⁴⁹ Nestas estruturas, ainda não se encontrava, de maneira clara, espaço para a participação da população no processo de discussão e de deliberação sobre a condução e/ou construção da política de saúde a ser implementada, tanto no âmbito municipal, quanto ao âmbito da região de abrangência do 3º Distrito Sanitário.

⁴⁸ Escritório de representação da Secretaria Estadual de Saúde que atendia os 19 municípios da região.

⁴⁹ As AIS propunham como instâncias de planejamento e gestão: a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), as Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS) e as Comissões Locais e/ou Municipais de Saúde (CLIS ou CIMS). As CIS deveriam constituir-se em instâncias decisórias e gestoras das AIS em nível de cada unidade federada, e as CRIS, CLIS, CIMS em nível das regionais de saúde e dos municípios. Às CRIS deveriam integrar-se os participantes das instituições convenientes, acrescidos dos representantes das secretarias municipais de saúde, bem como das entidades comunitárias, sindicais, gremiais, representando a população em geral. Dessa maneira, a organização funcional proposta pelas AIS, nas distintas instâncias de poder, se constituem num intento real de viabilizar a gestão colegiada envolvendo os órgãos públicos prestadores de serviços de saúde. (Revista Saúde Pública vol. 26 nº 3, São Paulo, junho 1992)

No primeiro ano o comando desse processo, por conta do convênio assinado com o Estado, deveria ser compartilhado entre Estado e Município, o que na prática não ocorreu, houve sim, um duplo comando, processo que gerou consequências danosas para a população e para o encaminhamento de questões aparentemente simples, como por exemplo, a dificuldade de se organizar um sistema de referência e contra referência para encaminhamentos a consultas e exames especializados, que ainda era de responsabilidade do nível estadual.

3.2.2 O momento posterior a implantação do SUS

Com a constituição de 1988, e na sequência a regulamentação do SUS através das Leis No. 8080/90 e 8142/90, o município de Ponta Grossa inicia o seu processo rumo a descentralização (municipalização) dos serviços de saúde. Vale lembrar que os profissionais de saúde, vindos em 1985, foram todos demitidos com o início da nova gestão em 1988. Isso provocou um retrocesso no município, pois este passou a atuar novamente como um “prestador de serviços de saúde”, e não como gestor - conforme próprias palavras do gestor da época. O município assume a gestão da atenção básica,⁵⁰ entretanto, toda a rede ambulatorial conveniada, continuava voltada para o atendimento individual, com ações curativas de custo elevado.

Naquele momento⁵¹, a capacidade instalada do setor público, Centro de Saúde Estadual, Prefeitura Municipal e PAM/INAMPS, representava apenas 19,08%

⁵⁰ Na época a rede de atenção municipal contava com 17 Unidades de Saúde e um Laboratório municipal.

⁵¹ Parte do relato e das informações apresentadas nesse período - 1993 a 2004, são decorrentes da experiência profissional e de observações do pesquisador enquanto ator, que esteve inserido no processo desencadeado no município quanto a política de saúde. (Técnico da 3ª Regional de Saúde)

dos consultórios médicos existentes no município, sendo o restante concentrado na iniciativa privada e nos ambulatórios dos hospitais. (LUIZ et al, 1986, p. 20).

No início da década de 1990, Ponta Grossa passou por um processo de reestruturação da sua rede de atenção ambulatorial, com a construção de novas unidades de saúde atingindo vários bairros da cidade, principalmente núcleos habitacionais mais distantes e também em áreas rurais. Nestas unidades de saúde, se priorizava o atendimento básico e atendimento odontológico simples, com encaminhamento para especialidades.

No ano de 1992, mais precisamente no dia 09 de março, realizou-se a reunião de Constituição e Instalação do 1º Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa – CMS - PG, nos termos da Lei Federal N. 8.142/90 e Lei Municipal N. 4.658 de dezembro de 1991, onde foram apresentados os conselheiros nomeados pelo prefeito municipal através do Decreto 063/92. Aquela reunião representou o marco inicial de um novo período no processo de discussão, agora, de forma ampliada, para a definição das propostas de saúde do município junto aos segmentos ali representados.

Embora o CMS estivesse nomeado e funcionando sob o aspecto legal, o que se viu na seqüência foi que o sistema de saúde municipal se configurava conforme a direção e o pensamento dos gestores municipais do momento, que reproduzia o modelo hegemônico, intercalando ações voltadas para a atenção básica, privilegiando ações de cunho curativo e focado no atendimento individual e hospitalocêntrico⁵². Como a política de saúde do município tende a acompanhar o movimento estadual e nacional, a implementação de programas e estratégias, sempre se detiveram minimamente a atender tais movimentos.

De 1992 até 2000, três administrações municipais se alternaram, onde os Secretários de Saúde foram substituídos várias vezes, e a cada substituição, este procurava deixar sua marca na gestão da saúde pública⁵³.

Durante o período compreendido entre 2001 e 2004⁵⁴, o sistema de saúde do município buscou avançar no processo de fortalecimento da atenção básica, procurando adotar uma política de saúde que mantivesse, estrategicamente, seus investimentos para essa área, sem, entretanto abandonar a atenção hospitalar. Este redirecionamento na política de investimentos provocou, num curto espaço de tempo, – um ano e meio aproximadamente - importantes mudanças em alguns indicadores de saúde do município⁵⁵, principalmente aqueles relacionados à maior oferta de serviços voltados às crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos, além de possibilitar uma aproximação maior entre trabalhadores e usuários do sistema de saúde.

Dentre as estratégias adotadas podemos elencar duas que estão diretamente relacionadas aos resultados obtidos relacionados acima: a implantação, pela primeira vez no município, do Programa Saúde da Família e o aumento no número de Agentes Comunitários de Saúde⁵⁶, que tinham como pressuposto, buscar

⁵² Desde 1993, os governos municipais investiam grande parte dos recursos da área da saúde em dois hospitais municipais de baixa complexidade e que não davam respostas às demandas do sistema, tendo sempre que recorrer aos hospitais ligados a iniciativa privada e filantrópicos.

⁵³ Isso fica bem caracterizado por ocasião da pesquisa documental, realizada à partir das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, que serão objeto de melhor discussão na sequência do trabalho.

⁵⁴ Neste período, participei diretamente da gestão, ocupando cargo de Diretor de Saúde Comunitária e de Vigilância à Saúde.

⁵⁵ Redução da mortalidade infantil de 22,83 óbitos para cada mil nascidos vivos (2000), para 15,69 óbitos em 2003, aumento na cobertura de pré natal para 96,74 % de mães com mais de quatro consultas de pré-natal; diminuição das internações pediátricas (até cinco anos) por doenças respiratórias e intestinais para 4,08 por mil nascidos vivos, Cobertura vacinal em menores de um ano de idade de 97,68% e maior controle sobre o diabetes e a hipertensão arterial. (SESA, (2006), SISPACTO/MS 2002)

⁵⁶ Embora o Programa de Agentes Comunitários de Saúde tenha sido implementado no município em 1995, no decorrer dos anos seguintes, perdeu força, chegando em 2000 quase que desativado.

a integração entre trabalhadores e usuários, procurando tornar o atendimento mais digno, resolutivo e, principalmente, mais humanizado.

Desta aproximação surgiram novos mecanismos de atuação dos usuários, dos quais destacamos a instituição dos Conselhos Locais de Saúde, que se constituíram numa nova arena para o debate das questões de saúde. Para adentrar na discussão da experiência vivida no município de Ponta Grossa, necessário se faz conhecer os determinantes da sua origem e desenvolvimento, como sujeito co-responsável pelo controle social da política de saúde no município.

3.3. O Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa e os Conselhos Locais de Saúde

Neste item, a prática social do CMS / CLS será analisada com a finalidade de identificar elementos que vem favorecendo ou impedindo a interlocução entre Estado e Sociedade Civil. Em outras palavras, que possibilitam ou limitam o CMS e os CLS efetivarem-se enquanto instâncias de participação na gestão social e no controle das políticas de saúde no município de Ponta Grossa – Paraná.

Esta análise está dividida em duas partes. A primeira registra o processo de criação do CMS sua estrutura jurídico-normativa, composição, atribuições, organização interna, normas de funcionamento, mecanismos de intervenção e de participação dos vários segmentos e os desdobramentos que culminaram na criação dos CLS. Na segunda, a partir da pesquisa realizada identifica o perfil dos conselheiros do Conselho Municipal e Conselhos Locais de Saúde e de entrevistas realizadas com componentes do CMS e CLS, analisa a experiência de Controle Social do CMS a partir dos Conselhos Locais de Saúde.

3.3.1. O Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa

Na dinâmica de funcionamento dos conselhos, os principais constrangimentos à existência de uma relação mais simétrica entre Estado e sociedade aparecem relacionadas às seguintes variáveis: heterogeneidade, a relação conselheiro entidade e a qualificação dos conselheiros para o exercício de suas funções. (TATAGIBA, 2000)

Estrutura jurídico-normativa

Efetivamente o Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa “COMSAÚDE” como ficou denominado, tem sua composição interna, normas de funcionamento e atribuições determinadas pela Lei N. 4.658 de 06 de dezembro de 1991 e pelo Regimento Interno aprovado pelo Decreto N. 193/92 de 19 de junho de 1992.

Composição e organização interna

De acordo com a Lei N. 4.658/91, e atendendo a Lei 8.142/90 o Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa, em sua primeira formação, era composto de forma paritária⁵⁷ por dezesseis membros titulares, e igual número de membros suplentes. Cabe destacar, que de acordo com a lei que criou o Conselho, o Secretário de Saúde era o presidente nato do Conselho - Art. 4º inciso I. Em 19/03/1996 o Regimento Interno do Conselho é alterado e passa a ter 32 membros e o presidente passa a ser eleito. Em 1999, é novamente alterado o Regimento Interno e sua composição é reduzida para 24 membros, que permanecem até 2006. Em janeiro de 2006 é enviado à Câmara de Vereadores um projeto de lei do executivo,

propondo a alteração na composição do Conselho, reduzindo de 24 para 12 o qual foi retirado mais tarde.

A Dinâmica do Conselho Municipal de Saúde

Para facilitar a análise, interpretação e compreensão da dinâmica do CMS, optamos por separar a abordagem em fases, ou seja, para cada gestão municipal, com exceção da primeira. Assim a primeira fase irá desde a criação do Conselho em março de 1992 até dezembro de 1996. A segunda fase se inicia em janeiro de 1997 e se prolonga até dezembro de 2000. A terceira fase inicia-se em janeiro de 2001 e vai até dezembro de 2004. E por fim, a quarta fase vai de janeiro de 2005 até outubro de 2006. Para tanto, realizamos a leitura de todas as atas do CMS, desde sua criação em 1992 até outubro de 2006, e a partir da leitura, foram verificados a participação dos conselheiros nas reuniões, os pontos polêmicos, o comportamento dos vários segmentos representados no conselho e os mecanismos de participação usados pelos conselheiros, que foram registrados nas respectivas atas.

Primeira fase: o aprendizado

Conforme consta no Livro Ata Nº 001/92 do Conselho, no dia 19 de março de 1992 foi realizada a primeira reunião para sua constituição e instalação, com a presença dos conselheiros nomeados pelo executivo. Já em sua primeira reunião o Conselho deliberou pela criação de três comissões temáticas, que teriam como missão elaborar o Regimento Interno do CMS, o anteprojeto da 1ª Conferência

⁵⁷ Isso significa que 50% dos membros do CMS são usuários dos serviços, ou seja oito membros, 25% dos membros são trabalhadores, ou seja quatro membros, os outros 25% são representantes dos prestadores de serviço e administração pública, ou seja quatro membros.

Municipal de Saúde⁵⁸ e o Plano Municipal de Saúde. Essa deliberação, em caráter unânime, num primeiro momento pode ser considerada precipitada, pois os integrantes do Conselho sequer sabiam de suas atribuições e como se desenvolveriam estas atividades propriamente ditas.

No início, o CMS se reunia a cada dois meses e, segundo análise dos registros das reuniões, estas eram realizadas sempre das 11:15 às 12:00hs, ficando claro que as decisões do Conselho pouco refletiam e/ou influenciavam na condução da política de saúde adotada pelo governo municipal. Observa-se também, que a pauta era formulada no início da reunião, e as discussões se davam com pouca intensidade, e as deliberações sempre por unanimidade, não havendo tempo para debates, e quando estes aconteciam, eram transferidos para a próxima reunião. A participação dos vários segmentos no conselho era meramente formal e protocolar, cumprindo o que previa a Lei 8.142/90.

O modo de entrada dos conselheiros no Conselho de Saúde é um tema importante, na medida em que tem relação com a qualidade da representação dos diversos seguimentos cuja forma, por sua vez, terá a ver com a qualidade dos espaços democráticos concretos que vivenciamos no dia a dia (WENDHAUSEN, 2002). Na primeira composição do CMS de Ponta Grossa, embora atendendo o princípio da paridade, podia-se observar situações em que a representatividade de alguns segmentos, usuários principalmente, não se dava de forma legítima, pois em muitos casos, servidores de órgãos do governo com cargos em comissão, ocupavam as vagas destinadas ao segmento usuários.⁵⁹

⁵⁸ A Lei que criou o Conselho Municipal de Saúde, também estabeleceu a convocação para a 1ª Conferência Municipal de Saúde, que deveria ser realizada no primeiro trimestre de 1992, entretanto, somente se realizou em setembro de 1995, três anos depois.

⁵⁹ Órgãos de promoção e assistência social do município e entidades representantes de portadores de deficiências e patologias tinham seus dirigentes assentados como conselheiros no segmento usuários

Embora essa análise, ainda que parcial, já demonstre as formas de representação adotadas no Conselho, somar-se-ão mais adiante, a outros aspectos concernentes à representação no Conselho.

O sistema de atendimento hospitalar existente no município foi objeto de discussão no CMS nos primeiros anos de sua existência, principalmente pelo fato da diminuição⁶⁰ do número de estabelecimentos hospitalares e também pela diminuição da oferta de leitos para o SUS, notadamente na pediatria e obstetrícia de médio e alto risco. Pudemos constatar isso na pesquisa documental realizada nas atas do CMS.

Ainda prevalecia no município o modelo de saúde médico assistencial privatista, representado pela corporação médica local e também pelos dirigentes dos estabelecimentos hospitalares que se revezavam no comando do sistema municipal ocupando postos-chaves: Secretário de Saúde e Diretores da Secretaria.

Com a implementação das Normas Operacionais Básicas - NOB, a administração do sistema municipal de saúde se obriga a atuar como gestor, deixando de se comportar meramente como prestador de serviço para o SUS⁶¹. Neste período a atuação do Conselho Municipal de Saúde foi fundamental, uma vez que todas as atitudes adotadas pelo gestor, deveriam ser deliberadas pelo Conselho, para a efetivação da municipalização da saúde em Ponta Grossa.

Em agosto de 1995, foi objeto de discussão no Conselho Municipal de Saúde, a convocação para a I Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa, cujo tema foi: "SAÚDE NO MUNICÍPIO" embora já tivesse sido pautada pelo

⁶⁰ Ponta Grossa, assistiu em um prazo de 4 anos, ao fechamento de três estabelecimentos hospitalares que prestavam atendimento para o SUS: um hospital geral, um obstétrico e outro de pediatria que representou uma diminuição de 338 leitos ofertados. (SILVA, 1995)

⁶¹ Até então o município executava ações e procedimentos da área ambulatorial como qualquer outro prestador e recebia pelos procedimentos realizados o valor equivalente a fatura apresentada, sem ter que se preocupar com a gestão do sistema de saúde municipal.

conselho desde 1992, por ocasião da 1ª reunião ordinária. Esta reunião, 003/95, tinha como pauta a aprovação do Regimento Interno e o Regulamento da referida conferência. Dentre os conselheiros, havia quem não entendesse o significado da conferência, a qual foi explicada por um conselheiro conforme transcrição da ata:

(...) a conferência é um fórum de debate, um espaço criado constitucionalmente a todos os segmentos da população, para que discutam saúde. O Conselho Municipal de Saúde deverá fiscalizar as decisões votadas na conferência (ata 003/95 – CMS)

A realização desta conferência ocupou a pauta do conselho por três reuniões consecutivas, que por fim, aprovou o regulamento da I Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa, confirmando esta ser “... o foro municipal dos debates sobre saúde, aberta a todos os seguimentos da sociedade e terá como tema principal: **“SAÚDE NO MUNICÍPIO”**, e como finalidade:

- Avaliar a saúde no município;
- Fixar as diretrizes gerais da política municipal de saúde;
- Eleger os delegados do segmento usuários para participar da II Conferência Estadual de Saúde.” (Ata 03/1995)

A I Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa aconteceu no dia 2 de setembro de 1995, no Salão Nobre da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, e se estendeu durante todo o dia. Ressalta-se que o tempo foi insuficiente para que se deliberasse sobre temas tão relevantes para a saúde do município. A conferência contou com a participação de 120 delegados representantes de usuários, trabalhadores prestadores de serviços e representantes da administração pública de forma paritária.

O resultado deste dia de atividades se materializou através do Relatório Final da I Conferência Municipal de Saúde, que em linhas gerais, apontava os caminhos a serem seguidos pelo município de Ponta Grossa na área da saúde.

Algumas propostas do relatório final, estão destacadas a seguir:

Quanto ao Modelo Assistencial ideal:

(...) Somente a partir do conhecimento da realidade municipal, através do diagnóstico situacional / epidemiológico, territorialização / distritalização será possível o planejamento em saúde e elaboração e execução do modelo assistencial ideal. (Relatório Final I Conferência Municipal de Saúde, 1995).

Do relatório destacam-se também alguns pontos a serem considerados:

- Hierarquização da rede, com garantia de referência e Contra referência em tempo reduzido;
- Serviços prestados com resolutividade e qualidade⁶²;
- Desenvolvimento de atividades respeitando as peculiaridades de cada região da cidade⁶³;
- Implantação de unidades de saúde com terceiro turno em pontos estratégicos;
- Desenvolvimento institucional, com adoção de política de capacitação de RH, desvinculação dos servidores da secretaria municipal de saúde do quadro geral do município e, a permanência em definitivo dos agentes comunitários de saúde no quadro de servidores da saúde;
- Participação Popular e Controle Social⁶⁴.

Após a realização da Conferência, o Conselho Municipal de Saúde só voltou a se reunir no dia 7 de novembro daquele ano e, de acordo com os registros do livro ata, os destaques do relatório final acima citados, não repercutiram na referida

⁶² Neste momento já se cobrava a implantação do médico da família, Agentes Comunitários de Saúde e processo de Territorialização.

⁶³ Ai já aparece o conceito de territorialização.

⁶⁴ Criação e/ou reativação dos Conselhos de Bairro, na área de saúde, funcionando como consultores dos representantes dos usuários do Conselho Municipal de Saúde. (Relatório final da 1ª Conferência Municipal de Saúde:1995)

reunião, que teve como principal tema, a situação do atendimento hospitalar no município.

Podemos analisar que a construção do espaço público exige a formação política dos sujeitos que ocupam os espaços deliberativos.

Assim, não foi de início que o CMS registrou uma prática política dos conselheiros, especialmente dos representantes da sociedade civil. Houve um processo de amadurecimento dos representantes dos usuários no CMS, pois inicialmente os temas mais urgentes estavam relacionados ao atendimento hospitalar, que ocupavam os espaços de discussão. A participação política é o resultado do processo de ampliação da democracia, não ocorre sem que se trabalhe intensivamente na capacitação dos sujeitos.

Com relação ao registro e acompanhamento dos assuntos debatidos nas reuniões do conselho, Kruguer (1998) comenta:

“(...) Uma grande angústia presente no depoimento de muitos conselheiros não governamentais diz respeito às dificuldades que eles encontram para acompanhar o desenrolar dos assuntos apresentados nos conselhos(...) Muitas vezes um tema surge na pauta e discutido, é deliberado, encaminhado e volta a ser apresentado ou porque esse processo, por vezes longo, acaba confundindo os conselheiros (...), ou porque o governo não implementou as deliberações. (KRUGER, 1998 apud TATAGIBA, 2000)

Ainda segundo o autor, as atas das reuniões podem se transformar em instrumentos de reconhecimento dos conselheiros a respeito da própria ação do conselho, pois refrescam a memória dos conselheiros.

Nota-se que a atenção hospitalar continuava a ser o assunto em destaque no conselho, principalmente o item financiamento, ao ponto de se propor a criação de uma tabela paralela para pagamento, uma vez que o próprio secretário de saúde afirmou “... não há estímulo ao atendimento pelo SUS (...) a situação é grave,

principalmente para os carentes, que talvez daqui a 30 dias estejam sem atendimento. (...) tem que se pensar em alternativas, tabela paralela... (Ata no. 007/1995 do Conselho Municipal de Saúde). A previsão constitucional da responsabilidade do Estado no atendimento ao direito à saúde não se efetiva sem a destinação de recursos para a área. Como não havia vinculação do orçamento para a saúde, o ponto crítico da municipalização também se dava pela falta de recursos necessários para atender toda a demanda. Isso refletia perfeitamente a situação enfrentada pelos hospitais de todo país, uma vez que os recursos para financiamento do SUS eram insuficientes, e a cada dia tornavam-se menores.

Ainda, na reunião de agosto, o tema participação da comunidade foi abordado por um conselheiro, porém no sentido de que a comunidade participasse contribuindo financeiramente para ser atendida, o conselheiro que apresentou esta proposta era representante do seguimento trabalhadores.(Ata no 007/1995, CMS). O risco dessa contribuição financeira “espontânea” colocaria em cheque todo o sistema de saúde do município.

Os dados coletados nas atas do conselho, já explicitam o eixo adotado na política de saúde municipal, e como se dava a interlocução entre os vários segmentos representados no conselho. Durante seis meses o tema atenção básica foi abordado uma única vez, mesmo assim, para questionar sobre o índice de mortalidade infantil e o encerramento das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde, e quem puxou a discussão foi o representante do seguimento gestor estadual.

Mesmo com a implantação da NOB 01/96, que promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios, fortalecendo as ações voltadas a atenção básica, modificando a forma

de financiamento – antes pagos por procedimentos, agora transferidos per-capta, as questões referentes ao atendimento hospitalar continuam.

A Segunda fase: administrando crises

Ano de 1997, assume uma nova administração municipal, liderada por um prefeito de caráter populista, que mantinha um programa de rádio chamado “Garagem da Esperança”, onde atendia aos pedidos da população, fazia campanhas para arrumar telhados, botijões de gás, berços para crianças, entre outras. Este programa foi o seu maior trunfo para vencer as eleições.

Logo na primeira reunião do Conselho realizada em abril, o assunto principal foi a apresentação da nova estrutura da Secretaria da Saúde, e a proposta de mudança no seu Regimento Interno. Dentre as mudanças, propõe-se que a escolha do presidente do conselho seja através de eleição entre seus membros, eliminando o caráter de presidente nato dado ao Secretário de Saúde. Esta situação pode ser interpretada de duas maneiras: a primeira, denota a indiferença do gestor municipal para com o Conselho Municipal de Saúde, pois nem sempre o prefeito eleito sabia exatamente a importância e o papel do CMS; e a segunda, reflete o amadurecimento do Conselho e dos conselheiros, que viram a oportunidade de avançar no processo de controle sobre as temáticas levadas ao plenário.

Através da pesquisa nas atas, foi identificado que na primeira reunião foram abordados temas polêmicos, referentes ao fechamento de unidades de saúde, terceirização de serviços médicos, remanejamento de verbas orçamentárias entre outros. Mesmo polêmicos estes temas não provocaram reação entre os conselheiros. A provável explicação para isso, é o fato da maioria dos conselheiros

do seguimento usuários e trabalhadores estarem, de alguma forma, vinculados ao governo, ou seja, os chamados conselheiros “chapa branca”.

... de fato, em muitos casos, o equilíbrio numérico entre Estado e sociedade nos conselhos se desfaz porque muitas entidades da sociedade civil acabam vinculando-se quase que automaticamente aos interesses governamentais, é o caso, por exemplo, das entidades patronais, das associações filantrópicas, e mesmo dos representantes dos usuários (...) o campo da sociedade civil é bastante fragmentado e heterogêneo e os conselhos devem reproduzir em sua composição essa heterogeneidade, sob o risco da deslegitimação das experiências participativas (...) isso significa, muitas vezes, defender a legitimidade da representação de grupos anti-democráticos, que fazem de sua participação nos conselhos condição para a manutenção de velhos privilégios e de velhas práticas de negociação com o Estado. (TATAGIBA, 2000).

O tema atenção hospitalar é recorrente nas reuniões do CMS, como se todos os problemas de saúde do município ali residissem. Outro tema abordado neste período, foi a terceirização dos serviços. Sobre isso uma conselheira do seguimento trabalhador assinala: “não há garantia de qualidade no serviço. Os profissionais não estão satisfeitos.” (Ata n. 002/1997).

Decorridos cinco anos de sua instalação, a demanda para a confecção do Plano Municipal de Saúde retorna, pois é papel do Conselho aprovar o Plano proposto pelo Gestor. Isso ocorre sem que o primeiro Plano⁶⁵ tenha sido efetivado, e para isso há a necessidade de se designar uma comissão do conselho para acompanhar a elaboração do Plano Municipal de Saúde pelo executivo. O Presidente do Conselho expôs o que significa o plano, seus objetivos, dados de infra-estrutura do município e recursos existentes entre outros. Para isso surgiu também a necessidade de se alterar o Regimento Interno do Conselho, no sentido de atualizá-lo frente a nova realidade. A deliberação, através de votação, aparece registrado em ata pela primeira vez.

65 Embora o tema Plano Municipal de Saúde tenha sido abordado na reunião, a pesquisa documental realizada nos arquivos do Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa, não encontrou registros do referido Plano.

O mês de agosto de 1997 foi decisivo para o conselho: duas trocas de secretário em menos de três meses e grandes debates sobre as condições de atendimento das unidades de saúde, por conta da apresentação de relatórios das comissões, criadas pelo Conselho, encarregadas de realizar esse estudo. Ainda em agosto, encontra registrado na ata da reunião: “proposta de descentralização das reuniões do conselho, ou seja, fora das dependências da Prefeitura Municipal. Essas reuniões deverão ser pautadas com tempo hábil para divulgação na mídia, afim de que a população possa participar.”(Ata No. 007/1997). Ainda nesta reunião foi aberta a possibilidade para a participação de conselheiros usuários e trabalhadores (dez vagas) no curso: Saúde e Cidadania promovido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Em meio a essas dificuldades, na reunião de setembro, foi aprovado o regulamento para a II Conferência Municipal de Saúde⁶⁶, onde um conselheiro se manifesta dizendo: “... há cinco membros na comissão de organização e o objetivo básico da conferência é ser um fórum de debates, tendo um **controle social** e sem ônus para a prefeitura...”(grifo nosso).

A participação, no Conselho, de representantes do seguimento usuários, que ocupam funções gratificadas, foi questionada pelo sindicato dos servidores públicos municipais. Esta discussão tomou boa parte da reunião, alguns conselheiros defendiam a legalidade da nomeação, outros, se reportando à II Conferência Municipal de Saúde, onde aconteceu uma palestra que abordava justamente essa questão eram contra a nomeação. Sobre o assunto, foi emitido um parecer jurídico transcrito em ata, que dizia:

(...) O Departamento Jurídico da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, de acordo com consulta a OAB, Ordem dos Advogados do Brasil – emitiu parecer de número 404/97, o qual informa que as leis tanto Federal, quanto

⁶⁶ Na pesquisa realizada não fora encontrado nenhum registro sobre esta conferência (relatório final, programação, teses discutidas, etc.).

municipal são omissas quanto à questão e deve ser resolvida com analogia, costumes e os princípios gerais de direito, entendendo-se que a representação dos usuários, ou de qualquer outro seguimento que não seja o da própria administração pública municipal, poderá prejudicar o equilíbrio dos seguimentos representados, desvirtuando sua finalidade, o Conselho deverá analisar criteriosamente a questão.(Ata da reunião do CMS de 27 de novembro de 1997).

Questões referentes ao atendimento e ao financiamento hospitalar ainda eram as mais recorrentes no CMS desde sua instituição, novamente, tem-se a impressão que todos os problemas de saúde do município estariam resolvidos, se os hospitais tivessem recursos financeiros suficientes. Aliado a isso, os representantes do seguimento trabalhadores no conselho atuam sempre de forma a defender os interesses corporativos, os dentistas, os farmacêuticos, os médicos, e assim por diante, não oportunizando um debate construtivo dentro do conselho.

A administração municipal tem muitas dificuldades de maneira geral, e em particular, a situação da saúde do município se complica, ora pela falta de recursos financeiros, ora pelas dificuldades políticas enfrentadas pelo Prefeito frente ao Governo Estadual⁶⁷ e pela constante substituição de Secretários de Saúde. O Prefeito Municipal comparece em duas reuniões do conselho e conforme registro em ata do dia 27 de janeiro de 1998, o Prefeito tenta explicar a situação dizendo : “... não pode haver intrigas entre a prefeitura e a 3ª Regional de Saúde. A prefeitura assume os erros (...), o Prefeito declara ainda que todos os dias visita postos de saúde, fazendo fiscalização...”

O Conselho entra em uma fase de descrédito por parte dos conselheiros, que resulta em reuniões com baixo quorum, principalmente de usuários e trabalhadores, que se sentiam desmotivados. Entretanto, recuperando o que Vázques (1986) no dizia no Capítulo I, que a participação exige esforço, estímulo e

67 Havia na época uma grande briga política entre o prefeito que era de oposição e o governador do Estado do PFL, que repercutia negativamente em todas as atividades da prefeitura, não só na saúde.

vontade política. Não podemos ter uma visão idealizada da participação social, ela reflete a dinâmica da sociedade, pois quanto mais democrática for a sociedade, mais o Estado estará aberto à participação social.

Em outubro de 1998, com a finalidade de agilizar os trabalhos do Conselho é alterado o seu Regimento Interno. Um questionamento feito por parte dos conselheiros era referente às propostas apresentadas junto ao conselho estarem sempre prontas, impossibilitando o debate e tampouco mudanças em seu conteúdo. Sobre isso Simionatto e Nogueira comentam:

(...) certos atores vão se projetando em relação aos demais (...) Isso pode ser observado na prevalência das posições dos representantes dos sindicatos, profissionais de saúde e governo (...) os representantes das entidades populares, não possuindo o mesmo saber, abstém-se das discussões, permanecendo numa posição de passividade e desmotivação no acompanhamento do processo (...) ocorre mais a presença física do que a capacidade de influir na formação de consensos (SIMIONATTO e NOGUEIRA, 1997 apud TATAGIBA)

O tema financiamento foi objeto de um debate promovido pelo Conselho em novembro de 1998, após uma palestra⁶⁸ em que dava ênfase às responsabilidades de cada esfera de governo frente ao financiamento do SUS e a várias possibilidades de gestão frente a essa nova realidade.

A realização da III Conferência Municipal de Saúde entra em pauta. Cabe aqui ressaltar, que embora esteja sendo preparada a III Conferência, ainda não se tinha implementado as necessidades levantadas durante a Primeira e a Segunda Conferências, conforme pudemos observar no presente estudo e também pela vivência junto ao sistema municipal de saúde daquela época. Na reunião de fevereiro de 1999, entra em discussão uma proposta que visava a redução do número de membros que compõem o conselho, passando de 32 para 24, sendo este remetido para conferência, a qual foi aprovada a redução conforme Lei N. 6.263/99.

Transcorridas 6 reuniões em que o tema III Conferência Municipal de Saúde esteve na pauta do CMS, esta foi aprovada, e sua realização se dará com a participação de 150 delegados, eleitos de forma paritária entre os vários seguimentos da sociedade civil.

Em maio de 1999, foi aprovada a proposta de criação da Secretaria Executiva do Conselho, reivindicação antiga, que vem fortalecer a estrutura do Conselho. Entre maio e setembro de 1999, o Conselho tem seu mandato prorrogado até que se publicasse a lei alterando a sua constituição (Decreto 576/99). Um dado interessante constatado no estudo das atas do Conselho é que desde a sua instalação, seis reuniões foram canceladas por falta de quorum, sendo que cinco aconteceram nesta gestão – reuniões de números 17/99 – (24/08/1999); 18/99 – (14/09/1999); 21/99 – (26/10/1999); 24/99 – (30/11/1999) e 13/00 – (27/06/2000).

Em novembro de 1999 a reunião do Conselho se realiza nas dependências da Câmara Municipal e as discussões se dão sobre o tema saúde no município, suas dificuldades e propostas. Desta reunião saiu a proposta de criação de um Consórcio de Saúde que atenderia a todos os municípios dos Campos Gerais. Isso pode ser observado na leitura da ata da referida reunião “... o sistema único de saúde já foi melhor e com o apoio de todos os municípios, poderá ser muito melhor”. (ATA n. 23/1999). O referido Consórcio de Saúde só se materializou em 2001.

Durante o ano de 1999 o Pronto Socorro Municipal aparece em todas as atas de reunião, sempre destacando aspectos negativos em relação ao mal atendimento, baixa resolutividade, agressividade aos usuários por parte dos servidores, falta de funcionários e insumos entre outras. Essa situação registrada nos documentos do Conselho tem a ver com a proposta política adotada pelo

⁶⁸ Palestra proferida por Isaias Cantoia Luiz, na época assessor da Secretaria Estadual da Saúde para a região dos Campos Gerais.

município nos últimos anos, ou seja, de centralizar o atendimento de urgência no Pronto Socorro Municipal, ficando como única porta de entrada do sistema. Para os demais hospitais da cidade, a situação fica mais cômoda, afinal as filas sempre se dão na porta do hospital público. Uma auditoria realizada pelo Ministério da Saúde em 1999 junto à Secretaria Municipal, entre outras verificações, solicita ao Conselho Municipal de Saúde, informações sobre as atividades e informa que tão logo o relatório final da auditoria esteja concluído, uma cópia será encaminhada ao Conselho. Em dezembro de 1999, o NESCO – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, ligado à Universidade Estadual de Ponta Grossa, apresenta uma proposta para a capacitação de conselheiros⁶⁹ “... fornecendo subsídios para o melhor desempenho das funções dos conselheiros” (Ata 026/99 CMS).

A partir do início de 2000, o Conselho passa a adotar uma posição mais crítica em relação ao executivo, isto porque alguns membros do conselho se queixam do atendimento prestado à população pela secretaria municipal de saúde, bem como de convênios que a mesma realizou com a iniciativa privada para a execução de atendimentos junto à comunidade. Isso pôde ser constatado na ata (001/2000)

“(...) o Vice-presidente do conselho pede que os conselheiros atentem para o fato de que ocorreu uma articulação política, na medida em que alguns conselheiros do Conselho Municipal de Saúde têm ligações políticas antagônicas ao governo atual, e manifestavam-se exigindo explicações, como podemos verificar na sequência da ata (...) seguem-se comentários e argumentações em favor da adoção de uma postura rigorosa e fiscalizadora pelo Conselho. (...) o presidente do Conselho pondera, que o Conselho deva ser cuidadoso ao posicionar-se, sob pena de ‘sair queimado.’”

Esta atitude do presidente do Conselho revela os limites para a intervenção dos conselheiros na política de saúde.

⁶⁹ A princípio a proposta era para capacitar uma turma com 30 conselheiros.

Um estudo de Labra & Silva (2001) sobre as instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro e o processo decisório demonstrou alguns dos referidos limites, que aqui no município de Ponta Grossa, são perfeitamente identificados. É fato que o Conselho Municipal de Saúde incentiva a participação social na política pública, entretanto, “essa possibilidade é coibida em razão da falta de apoio do Executivo, por um lado e, por outro, pela escassa articulação dos conselheiros, em particular dos representantes dos usuários” (Labra & Silva 2001)

Nos meses seguintes a situação do Conselho Municipal de Saúde se agrava, ao ponto de seu presidente relatar não ter mais condições de fazer o CMS funcionar corretamente e sente-se preocupado, pois tem que desempenhar as funções de secretário, telefonista e que precisa carregar consigo todo o material do conselho. Relata ainda que:

... irá pedir novamente ao gestor municipal que seja dada as condições mínimas de funcionamento para este conselho, com sala própria, secretária executiva, telefone, computador e impressora, armário com chave, ou seja, o mínimo que está escrito no Estatuto e Regimento do Conselho de Saúde. solicita e também para este funcione dignamente que venha a executar as suas reais funções de consultivo, deliberativo e fiscalizador das ações de saúde da nossa cidade. (Ata 009/2000).

Após o processo eleitoral, outubro de 2000, em que o prefeito perde as eleições, a situação da saúde no município se agrava, inclusive com ameaça de paralisação dos serviços por parte dos trabalhadores, que estão sem receber os salários, esses assuntos foram levados para as reuniões do CMS, entretanto, o Secretário de Saúde não explica as causas desta crise, alegando sempre dificuldades financeiras. Um conselheiro sugere que seja feito um relatório sobre a situação e posteriormente encaminhado ao Ministério Público. Esta situação perdura até o último dia do mandato.

A terceira fase: aprimorando o papel do Conselho e dos Conselheiros

Em janeiro de 2001, uma nova gestão tem início, e a relação entre o Governo Estadual e o Municipal, que na gestão anterior estava muito deteriorada, melhora principalmente no tocante à saúde, principalmente pelas boas relações existentes entre a nova equipe gestora municipal e Secretaria Estadual da Saúde e pela identificação das propostas de atuação.

O CMS, logo na primeira reunião, abre um debate sobre a situação do sistema municipal de saúde, que se encontra em precárias condições, e quais mecanismos poderiam ser adotados imediatamente para aliviar tal situação. Também discute o projeto de lei que cria dentro da Secretaria Municipal de Saúde uma autarquia – O Instituto de Saúde Ponta Grossa - ISPG, que segundo palavras Vice Prefeito e Secretário Municipal de Saúde, “... além de melhorar a administração do setor saúde poderá, de forma mais autônoma e independente, viabilizar os investimentos necessários para a plena recuperação da estrutura de saúde do município, que se encontra profundamente sucateada” (Ata 001/2001). Foram também apresentados dados sobre a situação estrutural das unidades de saúde, bem como a necessidade de se adotar uma nova fórmula de atendimento. Para isso, é proposto de imediato a implantação do Programa Saúde da Família e o incremento no número de Agentes Comunitários de Saúde, como estratégia para a inversão do modelo assistencial adotado pelo município, que priorizava o atendimento individualizado, altamente especializado e voltado ao hospital.

As três primeiras reuniões do CMS em 2001, trataram de assuntos relacionados às condições em que se encontravam as Unidades de Saúde e o Pronto Socorro Municipal. Em março é colocada na pauta a realização da IV

Conferência Municipal de Saúde⁷⁰, e segundo o coordenador da conferência⁷¹ “... essa conferência será bem diferente das outras, pois pretendemos que seu relatório final seja a base do Plano Municipal de Saúde para os próximos dois anos, e inaugure uma nova fase para a saúde do município” (Ata 003/2001). O Prefeito Municipal, que participa como convidado da reunião do CMS, dirige a palavra aos conselheiros, reforçando o seu discurso de campanha, e diz que a saúde pública será prioridade no seu governo e que “gostaria de contar com a fiscalização do conselho...” salienta ainda em seu discurso “que terá um governo participativo e transparente (...) e, para que tudo isso funcione, a atuação do Conselho Municipal de Saúde é importantíssimo” (Ata 003/2001).

Na reunião de abril de 2001, é levado ao conselho a proposta de implantação do Programa Saúde da Família PSF. “(...) o governo atual, na área de saúde apresenta esta proposta, por pretender uma mudança efetiva no tipo de atendimento que o município oferece hoje” (Ata 004/2001). A estratégia adotada vai além da preconizada pelo Ministério da Saúde, uma vez que o município propõe a incorporação, nas equipes do PSF, de outros profissionais de saúde como o Assistente Social e o Farmacêutico, com o intuito de avançar em ações voltadas à promoção, recuperação e prevenção da saúde.

Em setembro de 2001, o Vice-presidente do CMS solicita ao Coordenador da comissão organizadora da IV Conferência Municipal de Saúde relato de como estão os preparativos. A IV Conferência Municipal de Saúde acontece nos dias 28 e 29 de setembro em clima de muita expectativa. Durante dois dias, mais de 150 pessoas estiveram reunidas para discutir temas referentes à saúde do município, temas estes

⁷⁰ Diferentemente das anteriores, essa Conferência será precedida de encontros regionais, onde os temas serão debatidos com a comunidade, e dela sairão os delegados do segmento usuários que participarão da Conferência.

⁷¹ Devido a experiências anteriores, coube a mim a responsabilidade da coordenação da Conferência.

que transitavam desde a política de recursos humanos para o SUS, passando pela questão do financiamento, chegando a propor um novo modelo de atendimento à saúde mental do município e por fim, procedeu-se a eleição das entidades que irão compor o Conselho Municipal de Saúde para o biênio 2002 / 2003.

Em cumprimento ao determinado pela Portaria GM-MS n. 393, do Ministério da Saúde, de 29 de março de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, através do Instituto de Saúde Ponta Grossa apresenta a proposta de Agenda de Saúde do Município e seu respectivo Quadro de Metas para 2001, a ser discutida e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde. Pela primeira vez na história recente da saúde pública de Ponta Grossa, o gestor apresenta ao CMS uma proposta de atuação, onde se estabelecem metas a serem atingidas e objetivos a serem alcançados, no sentido de diminuir a mortalidade infantil e materna, aumentar a cobertura vacinal, melhorar a cobertura no acompanhamento pré-natal e intensificar a realização de exames preventivos do câncer de colo de útero entre outras⁷², demonstrando que o governo ao reconhecer a atuação do CMS, o fortalece.

Em abril de 2002, é apresentado ao CMS, o Relatório de Gestão/2001 em que aponta as atividades desenvolvidas e os objetivos atingidos ou não pelo Instituto de Saúde de Ponta Grossa, o qual foi aprovado após leitura e discussão entre os conselheiros.

O Presidente do Conselho Municipal de Saúde propõe reestruturação do CMS, com a ativação das Comissões de Orçamento, Comissão de Acompanhamento e Avaliação de Convênios e propõem a criação de uma Comissão para Descentralização do Conselho Municipal de Saúde e da Comissão Permanente

⁷² Plano de Metas e Agenda da Saúde para Ponta Grossa. (ata 016/2001 do CMS)

para Assuntos Emergenciais. Nota-se pela pesquisa documental que, após um ano e meio da nova gestão municipal, os temas relacionados às questões hospitalares, deixaram de ser o ponto principal da pauta de discussão e abrem espaço para outros temas tais como: credenciamento de novos serviços, avaliação de programas e convênios, relatos das comissões temáticas, programa saúde da família, Plano Municipal de Saúde Temas observados nas pautas das reuniões do CMS n. 05, 06, 07, 08/2002.

Em agosto de 2002, surge a discussão no CMS sobre a implantação dos Conselhos Locais de Saúde - CLS⁷³, que surgem como apoio ao CMS para ampliar a fiscalização do atendimento prestado aos usuários pela rede pública, especialmente através das Unidades Básicas de Saúde. Esses conselhos surgiram primeiramente nos bairros onde já estava implantado o Programa Saúde da Família, para que a população, através do Conselho Local possa discutir, em conjunto com os profissionais das equipes do PSF, soluções para os problemas mais críticos da comunidade, ou seja, os debates ali travados não são somente políticos, mas centrados na resolução de questões práticas. Esse tema será objeto de considerações mais detalhadas no tópico seguinte. Ainda na reunião é feita a apresentação do Plano Municipal de Saúde para 2002, fruto do Relatório Final da IV Conferência Municipal de Saúde. No Plano estão expostas as metas do Instituto de Saúde Ponta Grossa para o ano, e estão à disposição dos conselheiros para apreciação e encaminhamento de sugestões à Mesa Diretora.

Com a decisão de serem implantados os Conselhos Locais de Saúde é realizada, em outubro de 2002, uma reunião ampliada do CMS⁷⁴, com a participação de representantes dos trabalhadores das equipes do PSF e de usuários do sistema

⁷³ Este tema será abordado com maior detalhamento mais adiante.

de saúde municipal, além de lideranças comunitárias. Naquela reunião aconteceu a instalação oficial dos Conselhos Locais de Saúde, onde foi destacado o momento histórico por que passa a saúde do município, oportunizando a participação da população nos Conselhos Locais de Saúde, no sentido de discutir os problemas da comunidade na própria comunidade, facilitando muito a resolução e/ou o encaminhamento dos problemas. “Com os Conselhos Locais serão facilitadas as condições para que possamos atender as reais necessidades de cada local, visto que de um local para outro as necessidades são diferentes.” (ata 010/2002 CMS).

Na reunião do CMS de março de 2003, a realização da V Conferência Municipal de Saúde entra em discussão, a mesa diretora sugere indicativo de data para a realização de agosto de 2003, sendo esta aprovada pelos conselheiros. Na reunião seguinte, é aprovado com algumas alterações o Regulamento e o Regimento Interno da V Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa, que terá como Tema **“Um novo ciclo para o SUS. Uma nova fase para Ponta Grossa”** É apresentado também aos presentes, o mecanismo para a escolha dos delegados do seguimento usuário, que será através de reuniões regionais realizadas em parceria com a Central de Movimentos Populares de Ponta Grossa. Durante a reunião os conselheiros foram informados sobre o início das reformas do local onde seria instalada a sede do CMS, uma antiga reivindicação.

O Conselheiro representante da Comissão Organizadora da V Conferência Municipal de Saúde repassa para o Conselho Municipal o Relatório Final, que seria enviado ao Prefeito Municipal, e posteriormente para a Câmara Municipal, para alteração e aprovação da nova composição do Conselho Municipal de Saúde biênio 2004/2005. O conselho estará enviando ofício às entidades solicitando os novos

⁷⁴ O Termo Reunião Ampliada do CMS surgiu por conta de que a proposta era ampliar a participação da sociedade nas reuniões e fortalecer e legitimar cada vez mais as deliberações do CMS.

representantes. Nesta conferência, o tema controle social foi objeto de uma tese específica intitulada: “Consolidar a participação na gestão do SUS municipal”, fortalecendo o CMS e também garantindo a continuidade da implantação dos CLS.

Em novembro, foi feita a apresentação das novas entidades e dos seus respectivos Conselheiros, ficando empossados no Conselho Municipal de Saúde, biênio 2004/2005.

Com a intenção de ampliar a discussão dos temas ligados à saúde do município e também de possibilitar maior oportunidade de consultas às atividades do Conselho, foi apresentado aos Conselheiros uma proposta de Página do Conselho Municipal de Saúde na Internet, que seria vinculada à página da Prefeitura Municipal e do Instituto de Saúde.

No início de 2004 tem início o curso de capacitação para conselheiros do CMS e dos CLS, após o levantamento de quantos conselheiros iriam participar e também, em conjunto com a Comissão de Controle Social, 3ª Regional de Saúde e Instituto de Saúde Ponta Grossa, iniciou-se a preparação dos conteúdos, tendo como base, o material utilizado pelo Ministério da Saúde⁷⁵, e mais algumas informações adaptadas à realidade local.

A Comissão de Controle Social do CMS relata sobre sua participação no Seminário de Controle de Saúde ocorrido no mês de maio, onde foram discutidos temas relativos ao papel do Conselho, suas condições de trabalho, e também sobre outros temas de relevância para os conselheiros. Em junho de 2004 tem início as capacitações para aproximadamente 240 conselheiros divididos em 14 turmas⁷⁶.

O coordenador dos CLS junto ao CMS, fala sobre a importância do Conselho Local na comunidade durante reunião ordinária do CMS e abre a plenária para o

⁷⁵ BRASIL, Ministério da Saúde. Curso de Capacitação para Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília, 2002.

Conselho Local da Vila Francelina, que se fez presente na reunião. Em nome do Conselho Local, falou um trabalhador da unidade que expôs aos presentes na reunião a dinâmica de funcionamento daquele CLS. Estavam presentes membros do CLS, moradores, alunos do Projeto Integrar de alfabetização de jovens e adultos. O motivo da participação do CLS na reunião foi a solicitação para ampliação da unidade de saúde que abriga equipes do PSF, pois a estrutura é insuficiente para abrigar duas equipes.

Com as eleições de 2004, a administração atual perde no segundo turno – por uma diferença de 5.995 votos, voltando a administrar a cidade o prefeito que havia governado entre 1989 a 1992, período em que fora criado o CMS de Ponta Grossa, e traz para administrar à saúde o secretário daquela época.

A Quarta fase: a voz ativa das resistências

Com a chegada de uma nova equipe na administração da saúde, o CMS e os CLS iniciam suas atividades com vários questionamentos, que iam desde o fechamento de unidades de saúde, afastamento de médicos, até o questionamento sobre as formas de contratação de serviços via terceirização. O Presidente do Conselho comenta sobre o papel dos CLS, que é, entre outras coisas, de fiscalizador, e que as questões devem ser trazidas ao Conselho Municipal para serem deliberadas em plenária. Diz também que devem fortalecer os Conselhos Locais para que tragam subsídios para o Conselho Municipal de Saúde, para isso é proposto pelo CMS a alteração do Regimento Interno do CMS, com a inclusão dos CLS e suas atribuições.

Em maio de 2005, é proposto a união entre a Comissão de Controle Social com a Comissão dos Conselhos Locais, visto que os trabalhos são da mesma

⁷⁶ Este tema – capacitação – será abordado mais adiante.

natureza ficando assim só a Comissão de Controle Social, foi sugerido também que se fizesse uma chamada dos Conselhos Locais de Saúde para verificar qual a situação atual, proposta que foi aprovada.

A Presidente do CMS apresenta um conselheiro local de uma vila, que presta depoimento sobre o andamento do conselho, ele diz que:

...através de reuniões do Conselho Local surgiram varias sugestões dentre elas o agendamento médico, foi sugerido que cada equipe ou cada médico tivesse uma cor para separar, então cada equipe atende uma certa quantidade de vilas, e com isso melhorou quase 50% das reclamações por parte dos usuários, anuncia que a próxima reunião no dia 15 e 18 de maio, para fazer a avaliação desse sistema e pede para quem quiser comparecer sinta-se convidado. (ATA n. 06/2005).

O CMS sugere que os Conselhos Locais, que já estão bem organizados, reunam-se em outros bairros para mostrar o funcionamento e apresentem novas idéias.

Em 2005 é realizada a VI Conferência Municipal de Saúde, ocorrida nos dias 30 de setembro e 1º de outubro de 2005, e teve como Tema Central: "Saúde do Cidadão, Pacto de Gestão e Controle Social": Sua realização foi debatida e criticada por quase todos os Conselheiros, pela visível falta de apoio por parte de alguns membros da direção da Secretaria da Saúde. Foi também lembrado de que a Mesa da Conferência, só foi composta alguns minutos antes do evento começar. Também foi falado, de que as cadeiras só foram conseguidas em cima da hora e com bastante dificuldade para levar elas até o local da Conferência. A estrutura do Conselho Municipal de Saúde, foi também muito questionada pelos Conselheiros principalmente pelo fato do CMS estar a quase 50 dias, sem energia elétrica. Outro fato também que voltou a ser tratado, foi a indisponibilidade de um veículo ao CMS, tendo em vista o tamanho da Cidade, e o fato de existirem já totalmente em funcionamento, 26 Conselhos Locais de Saúde distribuídos entre a Zona Urbana e a Zona Rural.

...Estes Conselhos Locais de Saúde, estão garantidos pela Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003 do CNS, na resolução da V Conferência Municipal de Saúde, na Resolução da 12ª Conferência Nacional de Saúde, e agora também na Resolução desta VI Conferência Municipal de Saúde, além de estarem muito bem definidos e sacramentados no Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde. (ATA n. 10/2005).

Diante das dificuldades enfrentadas pelo Conselho, uma conselheira do segmento trabalhador desabafa, "... não está mais agüentando ver em quase todas as reuniões as mesmas coisas, as mesmas reclamações, sobre a falta de estrutura do CMS, e não é feito nada; a gente tem que aprender a escrever isto e não ficar só falando, reclamando, se não podemos de repente se cansar disto" (ATA n. 11/2005).

Isso evidencia a precariedade das instituições, que muitas vezes leva à insegurança quando há troca de governantes. É uma democracia sem instituições fortes, fica à mercê da vontade do grupo que ocupa o poder público; do governo que se torna maior que o Estado.

Outro conselheiro, representante dos usuários, pede para constar em Ata esta falta de atenção para com o CMS, e sugere que se vá até o Prefeito para expor esta situação..., outros conselheiros colocam que antes de ir ao Prefeito devemos ouvir primeiro os que são responsáveis para resolverem estas coisas, que são o Secretário e os Diretores de Saúde, e se eles não resolverem aí sim, então temos que ir ao Prefeito, ao Promotor Público e assim por diante. (ATA n. 11/2005).

O ano de 2006 se inicia com uma extensa pauta no CMS, assuntos polêmicos são trazidos para a pauta, entre eles a proposta de terceirização de serviços e a proposta de redução do número de conselheiros, apresentada pelo executivo junto à Câmara Municipal, que reduziria dos atuais 24 membros para 12 membros⁷⁷. Essa proposta de redução é apresentada pelas mesmas pessoas que, em 1991, criaram o Conselho Municipal de Saúde, com 12 membros. Essa tentativa

de esvaziar o conselho fortaleceu a participação dos conselheiros junto ao conselho para garantir a representatividade deste espaço, isso fica claro nas palavras do secretário executivo do conselho quando diz...

O conselho anterior estava meio morno, não tinha muito questionamento, não tinha esse poder de fogo, de briga. Agora esse conselho, com tudo o que aconteceu, dá impressão que mexeu com as raízes do conselho, as pessoas de certa forma lembraram de novo o que é o conselho, porque devemos lutar. E espero que isso não suscite uma disputa política, uma mágoa de um com o outro, mas que todos compreendam que o conselho é para melhorar o SUS, para fortalecer, consolidar o SUS, no sentido de que cada um dê sua contribuição, cobrando de quem precisa cobrar, mas de uma maneira técnica, legal, sem que exista aquelas cores partidárias, que isso é muito prejudicial para o conselho. (secretário executivo do CMS, 2006)

Os Conselhos Locais de Saúde também são objeto de preocupação para o CMS, pois o gestor e o próprio conselho tem que agir no sentido de garanti-los, visto que, está bem claro nos Relatórios Finais da V, da VI Conferência Municipal de Saúde e também, no Regimento deste CMS.

Na reunião de fevereiro de 2006, o Presidente do CMS, relatou que o Projeto de Lei que o Prefeito havia encaminhado à Câmara de Vereadores, com a proposta de alteração da composição do Conselho Municipal de Saúde foi retirado mais uma vez da pauta de votação. Essa situação foi levada até o Conselho Estadual de Saúde por um conselheiro do seguimento trabalhador que explicou:

... que a Lei de n.º 8.142, dá todo o poder aos Conselhos Municipais de Saúde, cabendo aos Prefeitos somente homologar as decisões dos mesmos, e diz ainda, que o Conselho Nacional de Saúde, está esperando o Conselho Estadual de Saúde se manifestar em relação à este fato do Prefeito querer alterar a composição do Conselho Municipal de Saúde, aqui de Ponta Grossa, para depois sim então se manifestar caso haja necessidade. (Ata n. 002/2006).

O Promotor Público que participou da reunião como convidado, falou basicamente sobre a democracia plena, e disse que é muito importante que ela seja respeitada, e falou também sobre a Mensagem do Prefeito, dizendo que mandou um

⁷⁷ Através do decreto No. 729/06, o executivo tentou mudar a composição do conselho, e ainda dizia que o prefeito tinha o direito de escolher e nomear as entidades representadas no conselho.

Ofício ao Prefeito sugerindo que o mesmo pudesse rever a sua Mensagem e posteriormente retirasse a mesma da pauta.

Em relação Conselhos Locais: o secretário executivo do CMS e coordenador dos CLS, fala sobre as comunidades em que antes era muito complicado realizar as reuniões, mas que atualmente, nas reuniões estão comparecendo muitas pessoas e esta sendo satisfatório. Comenta também sobre a viagem que alguns conselheiros locais fizeram à cidade de Londrina, no norte do estado, que serviu como um ponto de referência para fortalecer e consolidar os Conselhos Locais do nosso município, onde estes tiveram novas idéias que serão repassadas aos demais conselheiros através de oficinas, que serão realizadas em agosto de 2006.

Entretanto o Conselho segue na discussão sobre a terceirização dos serviços, onde é apresentado pelo executivo a proposta de criação de unidade de saúde denominadas USAs – Unidades de Saúde de Apoio, que funcionariam com recursos humanos terceirizados. Resta saber se o CMS em conjunto com os CLS e a sociedade civil conseguirão ampliar essa discussão junto a toda população a ponto de mudar o rumo dos acontecimentos? Ou, o processo de participação no CMS e nos CLS ainda é muito fraco a ponto de não conseguir influenciar nas decisões do executivo municipal? Essas questões ainda estão na ordem do dia do CMS e dos CLS, e não tivemos condições, durante a execução desse trabalho, de verificar quais os desdobramentos que irão acontecer.

CAPÍTULO IV

CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE: UM NOVO ESPAÇO DE NEGOCIAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE

4.1 Conselhos Locais de Saúde em Ponta Grossa

(...) O processo bem sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos Regionais, **Conselhos Locais**, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema de Seguridade Social, Propiciando seu controle social. (Resolução N. 333 – Conselho Nacional de Saúde, 2003) (grifo nosso)

A criação dos Conselhos Locais de Saúde no município de Ponta Grossa, em 2002, não resultou somente da indução legal contida no arcabouço jurídico do SUS – Lei No. 8.142/90 e a resolução do Conselho Nacional de Saúde N. 333 de 04 de novembro de 2003, mas significou também a objetivação de uma das diretrizes políticas do próprio Prefeito Municipal, isto é, democratização e participação popular. Contudo, até outubro de 2006, estes Conselhos ainda não foram efetivados através de uma Lei específica, aprovada pela Câmara de Vereadores, contando somente com sua inclusão no Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde, que a qualquer momento pode ser alterado.

Portanto, a institucionalização dos CLS no município, foi produto de uma reivindicação dos moradores e usuários dos serviços de saúde, e também contemplou a intenção da administração municipal de ampliar os espaços de participação social no município.

Tiveram seu início em meados de 2002⁷⁸, motivado por reclamações constantes da população quanto ao mal funcionamento das unidades de saúde, de uma maneira geral, e em particular pelas manifestações por parte dos moradores do bairro – Vila Rubini II – que reivindicavam melhor atendimento na unidade de saúde local. Esta manifestação provocou danos materiais na Unidade Básica de Saúde – UBS, sendo que uma moradora chegou a ameaçar os servidores da unidade com um facão. Este fato teve grandes repercussões na cidade, inclusive ocupando grande espaço na mídia local⁷⁹.

Estes acontecimentos demonstraram a necessidade de se formalizar um espaço à população, para que, juntamente com os trabalhadores das unidades pudessem discutir questões referentes à saúde, buscando melhorias através do diálogo e da participação. A constituição desse espaço – CLS – teve o total apoio da administração municipal, na pessoa do Prefeito, que inclusive compareceu no local no dia da manifestação e que apoiava incondicionalmente a participação da população na gestão e no controle das políticas públicas municipais, e se coadunava com o próprio modelo de atenção à saúde que se buscava, ou seja, um espaço de interlocução e de intervenção política muito mais próximo da realidade dos moradores.

Então, em agosto de 2002, numa reunião entre os moradores da Vila Rubini, trabalhadores da Unidade de Saúde Local e da Secretaria Municipal da Saúde, foi anunciada a proposta de criação dos Conselhos Locais de Saúde. Esses conselhos, já nasceram com a finalidade, de se constituírem numa arena permanente de

⁷⁸ Esta proposta não é nova, pois no relatório da Primeira Conferência Municipal de Saúde já havia sido abordado: “Criação e/ou reativação dos Conselhos de Bairro, na área de saúde, funcionando como consultores dos representantes dos usuários no CMS” (Relatório final Primeira Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa, setembro de 1993)

⁷⁹ Grande parte dos veículos de comunicação do município – rádios e jornais - mantinham uma postura de oposição à administração municipal, pois pertenciam a grupos políticos adversários.

discussão e proposição de questões referentes à saúde, tendo como base seu território⁸⁰, procurando otimizar o atendimento, dando sugestões e fiscalizando os serviços.

De imediato, dois conselhos locais foram constituídos, localizados em dois bairros próximos. Entretanto, por não haver ainda estrutura de apoio na Secretaria de Saúde e tampouco no Conselho Municipal de Saúde, esses conselhos, acabaram por não conseguir se estruturar e dar continuidade às suas atividades.

Diante das dificuldades apresentadas, houve solicitação, por parte de uma assistente social da Secretaria de Saúde, que por ser conselheira do Conselho Municipal, estava diretamente envolvida com a questão, para que fosse aberto um campo de estágio⁸¹ para acadêmicas do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Ponta Grossa, que passariam a desenvolver atividades de estudos e pesquisa sobre organização comunitária e participação, mais especificamente em relação à organização e funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde. Dessa atividade acadêmica – estágio supervisionado – gerou, dentro do Conselho Municipal de Saúde, a necessidade de se implantar, uma estrutura que agilizasse as atividades e que também coordenasse a agenda dos Conselhos Locais de Saúde. Essa estrutura, inicialmente, era composta pela Assistente Social, supervisora do estágio e um servidor de carreira da secretaria, que tinha como atividade fortalecer o processo de mobilização para a consolidação dos Conselhos Locais de Saúde em todo município de Ponta Grossa.

No mês de outubro de 2002, foi realizada o que se denominou de “ Reunião Ampliada do Conselho Municipal de Saúde”, que contou com a presença de toda direção da Secretaria da Saúde e também com a presença do Prefeito Municipal,

⁸⁰ Área geográfica de influência da unidade de saúde.

onde foram oficialmente instalados os Conselhos Locais de Saúde. Essa reunião ampliada, deveria acontecer a cada trimestre, sempre por ocasião da apresentação da prestação de contas da Secretaria, onde, além dos membros do CMS, os conselheiros locais poderiam acompanhar e melhor se inteirarem das questões referentes à saúde do município.

Entre agosto de 2002 e 2003, foram criados 26 Conselhos Locais de Saúde, sendo 14 na zona urbana do município e 12 na zona rural (mapas em anexo). Estes conselhos tinham como delimitação territorial, a área de abrangência das unidades de saúde, primeiramente àquelas que possuíam equipes do Programa Saúde da Família e/ou agentes comunitários de saúde, e eram compostos por trabalhadores, usuários dos serviços prestados pelo município e lideranças locais. Os CLS tinham composição mínima de doze, e, chegando em alguns casos a 20 conselheiros assim dispostos: presidente, vice-presidente, tesoureiro e vice-tesoureiro, 1º secretário e 2º secretário e suas respectivas suplências. Tinham como finalidade, reunirem-se uma vez por mês para discutir os principais problemas de saúde da comunidade, constituindo-se num canal de interlocução da comunidade com o CMS e com a Secretaria Municipal de Saúde, apresentando os problemas e propondo soluções. (Comissão de Conselhos Locais – CMS, 2006)

As reuniões dos CLS eram abertas a toda comunidade, por entender que quanto mais pessoas participassem, maior a possibilidade de concretização do processo de mobilização da comunidade. Elas aconteciam sempre nas dependências das unidades de saúde, sede de associações de moradores ou no salão paroquial da localidade. As estagiárias envolvidas no trabalho procuravam

⁸¹ Uma Assistente Social, ligada à Gerência da Secretaria da Saúde, solicitou a abertura de campo de estágio, tendo sido designadas duas acadêmicas do Curso de Serviço Social da UEPG.

levar para as reuniões, temas relacionados à participação, cidadania, ordenamento jurídico do SUS - direitos e deveres do cidadão frente a política de saúde.

A consolidação e viabilização da Lei Orgânica da Saúde, Lei Nº 8080/90, e da Lei Nº 8.142/90 mesmo com todos os problemas e insuficiências apresentadas pelo SUS, redirecionou o eixo da luta política. Não se trata mais de lutar para garantir o reconhecimento de direitos, assegurar sua configuração legal, mas para que se viabilizem no cotidiano de funcionamento dos serviços de saúde, o que explica a importância adquirida pelos CLS, na medida em que estes conselhos são as instâncias responsáveis por controlar e fiscalizar o desenvolvimento da política de saúde no cotidiano das unidades, são responsáveis por assegurar a operação do direito, responsabilidade antes atribuída somente ao CMS. O desafio posto à participação política é: democratizar o Estado e colocar o governo à serviço da comunidade.

Por ocasião da V Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa, realizada em agosto de 2003, cujo tema principal era: **“Um novo ciclo para o SUS. Uma nova fase para Ponta Grossa”** o tema “Controle Social” foi objeto de intenso debate, tanto que em seu relatório final ficou estabelecido como fundamental “Consolidar a participação social na gestão do SUS municipal”, no sentido de aprofundar a discussão dos problemas de saúde, exatamente onde eles acontecem, com a participação de trabalhadores da área e população usuária na busca de soluções para as demandas específicas de cada área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Destacamos aqui trechos do relatório final:

... Para garantir o processo de participação social dos usuários do SUS, estão sendo instituídos Conselhos Locais de Saúde (...) Com a aprovação do Conselho Municipal, estes Conselhos possuem caráter consultivo, fiscalizador, participativo e colaborador (...) e tem como propostas prioritárias: Construir e fortalecer uma rede integrada de ações entre todos

conselhos locais... (Relatório Final V Conferência Municipal de Saúde, agosto de 2003).

Como desdobramento da V Conferência Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa, criou uma Comissão Temática intitulada “Comissão de Controle Social”, liderada pela assistente social que supervisionava o campo de estágio, e tinha como objetivo, Incrementar a atuação dos Conselhos Locais já existentes e implementar a criação de novos CLS, bem como apresentar uma proposta de capacitação para os conselheiros, visto que esta demanda já vinha de muito tempo, inclusive por parte dos conselheiros do Conselho Municipal.

O tema capacitação de conselheiros é antigo, através da pesquisa documental pudemos verificar esta demanda já em 1999, conforme ata de reunião do CMS de número 26/99. (...) o NESCO – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, ligado à Universidade Estadual de Ponta Grossa, apresenta uma proposta para a capacitação de conselheiros, numa primeira etapa seriam capacitados trinta conselheiros, fornecendo subsídios para melhorar o desempenho dos conselheiros.

Entretanto, por mais que houvesse interesse por parte dos conselheiros, esse tema entrava e saía da pauta constantemente, o motivo alegado para a não realização da capacitação era sempre a falta de recursos financeiros. Na mesma pesquisa, verificou-se que havia sido reservado um quantitativo financeiro de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para a referida capacitação.

Finalmente em março de 2004, tem início o processo de capacitação para conselheiros do Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais, a partir de um projeto aprovado pelo PROESF – Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família, elaborado pela Secretaria Municipal da Saúde em conjunto com a 3ª Regional de Saúde, ligada a Secretaria Estadual. Esse projeto intitulado

“Capacitação de Conselheiros Municipal e Locais de Saúde do Município de Ponta Grossa – Paraná”, era coordenado pelo CMS tinha como objetivo:

(...) fortalecer o Controle Social no Sistema Único de Saúde, desencadeando processos que possibilitassem, além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de construção do modelo assistencial adequado a seus princípios e diretrizes, também uma compreensão ampliada de saúde, na qual seja possível uma maior articulação intersetorial, de modo que a ação do Conselho possa ser caracterizada como de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida. (Projeto de Capacitação para Conselheiros, 2004)

Durante o ano de 2004 aconteceram 14 capacitações para conselheiros, totalizando 240 conselheiros capacitados de um total de 350 conselheiros oriundos dos conselhos locais da área urbana e rural, além de conselheiros do conselho municipal de saúde. O processo foi coordenado pelo CMS, através da Coordenação de Conselhos Locais, que providenciou identificação e a formação de Instrutores, através de oficina específica, além de propiciar as condições necessárias para a realização destas capacitações, sempre procurando atender as demandas de cada Conselho Local, tanto no aspecto de material, como na logística das oficinas de capacitação, procurando realizá-las próximo das localidades onde os conselhos estão instalados.

Este processo se deu de forma que os conselheiros locais de saúde, ao serem capacitados, pudessem se apropriar de informações e conhecimentos relevantes do setor saúde, para subsidiá-los nas discussões sobre o tema, contribuindo sobremaneira para a formação de uma consciência sanitária⁸² que considere a compreensão ampliada de saúde e contemple sua articulação intersetorial com outras áreas das políticas públicas. Também propiciou aos conselheiros, identificar o espaço dos Conselhos como locus de manifestação de

⁸² Para ampliar a participação política é necessário a formação dos sujeitos envolvidos no processo de gestão das políticas públicas. Nas palavras de Gramsci – todo homem é intelectual e toda ação é

interesses plurais freqüentemente conflitivos e negociáveis, tendo como horizonte os princípios do SUS.

De acordo com o documento Relatório de Pesquisa Realizada nos CLS de Ponta Grossa: Avaliação do “Projeto de Capacitação para Conselheiros Locais de Saúde”, realizado por acadêmicas do curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Ponta Grossa – Pr. No ano de 2004, obteve como resultado a avaliação dos conselheiros capacitados de que “... essa capacitação se constituiu num espaço para a reflexão, informação e troca de experiências, onde os conselheiros ampliaram seus conhecimentos sobre a temática controle social, principalmente no que se refere à participação social na questão da saúde (RELATÓRIO DA PESQUISA, 2004, p. 50)

Ultrapassada a fase de capacitações, os CLS, num primeiro momento, tiveram uma importância relevante no cenário da saúde municipal, realizando reuniões periódicas, participando das reuniões do CMS trazendo críticas, contribuições e mesmo reivindicações, como por exemplo, o CLS da Vila Francelina, que realizou uma manifestação durante a reunião do CMS reivindicando a ampliação da área física da unidade, pois a mesma já não comportava mais o número de funcionários, uma vez que ali fora implantado duas equipes do PSF.

As atividades dos CLS entraram na agenda diária da equipe do CMS, responsável pela coordenação destes conselhos. As reuniões se sucediam em todos os locais da cidade, tanto na área urbana, quanto na rural e a demanda para a continuidade das capacitações surgia a cada momento. Na seqüência, destacamos alguns trechos de atas das reuniões de Conselhos locais de Saúde, acompanhadas pela equipe do CMS. Vale ressaltar, que a organização interna dos CLS ainda era

precária e que as atas das reuniões não eram registradas em livro e tampouco numeradas e os registros ainda eram feitos de forma precária.

Dia 5 de novembro de 2003 no CLS do Parque Tarobá – zona urbana.

(...) A farmacêutica da Unidade Básica de Saúde fala sobre a proposta do Programa Saúde da Família dentro do SUS que é mudar o modelo de saúde, trabalhando não só aspectos curativos, mas efetivar a promoção e a prevenção da saúde, tratando a saúde em sua totalidade. Fala que o PSF é um programa baseado num conceito amplo de saúde. Fala também da participação comunitária como o princípio fundamental (...) O médico da UBS fala sobre a promoção da saúde através de reuniões oficinas sobre temas diversos como sexualidade na adolescência, verminoses e outras. (Ata da reunião)

Dia 18 de março de 2004, no CLS da localidade de Mato Queimado – Distrito de Itaiacoca – zona rural:

(...) A comunidade discute a questão da água utilizada pelos moradores de mato queimado, além da presença da coordenadora do CLS, foi solicitada para esta reunião a presença de um representante da Secretaria Municipal do Meio Ambiente, que é responsável pelo sistema de abastecimento de água. O questionamento quanto a qualidade da água que estava sendo utilizada iniciou quando alguns moradores apresentaram sintomas de hepatite e leptospirose. Então o CLS, orientado pelos profissionais de saúde da unidade de saúde local, solicitaram uma análise da água, na qual foi detectada a contaminação com altos índices de coliformes fecais. Então o CLS chamou esta reunião em conjunto com o representante da secretaria do meio ambiente para buscar solucionar o problema da melhor maneira. (Ata da reunião)

Dia 31 de março de 2004. Reunião para formação do CLS da Vila Borato.

(...) O Sr C destaca a importância de se ter um conceito amplo de saúde, considerando os diversos aspectos necessários para se ter boas condições de vida como alimentação, moradia, emprego, saneamento básico entre outros. (...) Um dos problemas levantados pela comunidade é de uma plantação que existe na vizinhança e que o uso de esterco para adubar as plantas espalha um odor muito forte na vila e que pode ser prejudicial à saúde. Quando chove pode levar o esterco para as valetas das ruas por exemplo. (Ata da reunião)

Dia 2 de junho de 2004, reunião no CLS do Jardim Planalto

(...) O conselheiro fala da importância da formação do CLS para discutir questões relacionadas à saúde num conceito ampliado que abrange o bem estar físico, mental e social do indivíduo e para buscar a melhoria das ações em saúde pública (...) A tesoureira do CLS fala da importância das pessoas se animarem em fazer as hortas comunitárias destinadas ao consumo próprio das famílias e a troca entre moradores, propondo que cada um plante um tipo de

vegetal, estimulando a economia solidária. Fala que isso contribuirá, inclusive, para a saúde das pessoas. Então pede colaboração de todos, até da coordenadora dos CLS, para conseguir doação de sementes junto a prefeitura municipal. (Ata da reunião)

Dia 28 de julho de 2004, reunião no CLS do Jardim Esplanada.

(...) A enfermeira da UBS coloca a questão de alguns vândalos que tem depredado o espaço físico da UBS e membros do CLS colocam que muitas vezes são crianças que quebram o cadeado e a cerca para jogar bola e brincar no pátio. A enfermeira sugere que o CLS juntamente com representantes da UBS conversem com professores da escola do bairro para que seja repassado aos alunos a importância de zelar pela unidade, pois ela está ali para atender as necessidades deles mesmos e de suas famílias(...) O dentista da UBS ressalta a importância dos conselheiros participarem e divulgarem para a comunidade as reuniões e palestras que os profissionais da unidade apresentam, valorizando a promoção e prevenção da saúde, pois eles tem identificado um pequeno número de participantes(...) A estagiária da coordenação dos CLS reforça a importância dos conselheiros divulgarem para toda a comunidade que a unidade não é só para ser utilizada quando se está doente, pois dentro da perspectiva do PSF a unidade deve repassar conhecimentos preventivos e de melhoria da qualidade de vida da população. (Ata da reunião)

Através dessas Atas podemos analisar aspectos do cotidiano dos bairros sendo discutidos, a questão da saúde inserida na vida cotidiana. Com relação ao conceito amplo de saúde, a importância da comunidade na preservação dos bens públicos; as estratégias para melhorar a renda e a alimentação dos moradores da periferia da cidade.

Neste sentido os CLS passam a ser um espaço de formação para os sujeitos, não apenas um apoio para as decisões do CMS. Há elementos que indicam uma ampliação nos temas debatidos nas reuniões, buscando desencadear processos de reflexão junto aos moradores.

Em 2005, com a entrada de uma nova equipe gestora na administração municipal, o CMS mantém a coordenação dos CLS, entretanto, esta é absorvida pela Comissão Temática de Controle Social que realiza várias atividades junto aos CLS.

Durante a VI Conferência Municipal de Saúde, realizada em 30 de setembro e 1º de outubro de 2005, o tema Controle Social foi abordado, dando especial ênfase aos CLS, fortalecendo suas atividades e incentivando a criação de mais conselhos nas localidades onde estes ainda não existem. Estas propostas ficaram registradas no relatório final da conferência, como segue.

(...) Manutenção e expansão dos CLS para todas as Unidades de Saúde do município, sendo respeitadas as deliberações pelo Gestor Municipal. (...) Realizar a cada três meses, reunião ampliada do CMS – por ocasião da prestação de contas do trimestre – com a participação de representantes de todos os CLS, para que estes possam estar sendo informados sobre a execução do Plano Municipal de Saúde (Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa, 2005)

A partir de outubro de 2005, o CMS passa a sentir o descaso com que a administração o trata, chegando a sede do conselho ficar com a energia cortada por mais de dois meses, sem telefone e sem condições de transporte. Uma conselheira declara “... não está mais agüentando ver em quase todas as reuniões as mesmas coisas, as mesmas reclamações, sobre a falta de estrutura do CMS, e não é feito nada; a gente tem que aprender a escrever isso e não ficar só falando, reclamando, se não podemos, de repente se cansar disto” (Ata N. 11/2005). Essas dificuldades repercutiram também junto aos CLS, que passaram a contar com menos apoio por parte do CMS em relação ao agendamento de reuniões, e outras atividades programadas.

Novamente se coloca a importância do reconhecimento dos CLS e do CMS pelo governo. Não basta a sua institucionalização a partir de preceitos legais, se não há força política que promova o seu reconhecimento pelo governo, o CMS e os CLS podem perder espaço dentro da gestão – sendo reduzidos à controles formais. Segundo o representante da Comissão de Controle Social do CMS. “O fato é que apesar disso tudo nós conseguimos realizar no mês maio de 2006 uma viagem para Londrina, onde vários conselheiros locais tiveram a oportunidade de conhecer os

Conselhos Locais daquela cidade, e, em agosto de 2006, realizamos uma oficina para os conselheiros municipal e locais, com a finalidade de ampliarmos as atividades da comissão”. (Conselheiro do CMS e membro da Comissão de CLS.)

Atualmente, podemos verificar que o tema saúde pública está presente no dia a dia da comunidade, podendo ser constatada através de fatos que são divulgados diariamente pelos meios de comunicação e presentes nas pautas das reuniões do CMS e CLS que ainda estão ativados e funcionando, quase sempre destacando aspectos negativos de seu funcionamento, entre eles:

- Filas freqüentes de pacientes a espera pelos serviços de saúde;
- Falta de leitos hospitalares e de UTIs para atender a demanda da população;
- Escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência;
- Funcionamento precário do Pronto Socorro Municipal e Hospital da Criança;
- Denúncias de abusos cometidos pelos serviços credenciados pelo município e também contratados pelo SUS;
- Proposta feita pelo gestor da saúde municipal no sentido de terceirizar o atendimento básico e hospitalar

O Estado prevê a Política de Saúde como direito, no entanto, o governo segue direção diversa, realiza uma política de contenção de gastos nas políticas sociais, favorece a abertura para o mercado da prestação de serviços de saúde. O desencanto com a democracia participativa pode ocorrer quanto as forças políticas que ocupam o governo travam a efetivação das conquistas pactuadas no Estado. O

descrédito da população na efetividade da democracia participativa é solo fértil para o discurso conservador.

4.2 Perfil dos conselheiros do Conselho Municipal e Conselhos Locais de Saúde.

Neste item, apresentamos o resultado da pesquisa realizada com a finalidade de estabelecer o perfil, tanto dos conselheiros do CMS, quanto dos conselheiros dos CLS. Para a realização dessa pesquisa, foram distribuídos questionários (anexo 1), para que fossem preenchidos pelos conselheiros, em reuniões ordinárias do CMS, numa oficina realizada pelo CMS junto aos CLS em agosto de 2006 e também em visitas realizadas pelo coordenador dos CLS. Em relação ao CMS o número de questionários preenchidos foi de 37 num universo de 48 conselheiros titulares e suplentes; e 38 questionários junto aos CLS, representantes de 8 CLS. Ressaltamos a dificuldade em se preencher questionários dos CLS pelo fato destes estarem, no período da pesquisa, pouco ativos e/ou em fase de reestruturação.

Um elemento fundamental para análise da participação na gestão e no controle social dos conselhos é o perfil dos componentes que os compõem, uma vez que este contribuiu para a determinação e configuração da realidade que a cerca. Portanto, apresentamos alguns dados que caracterizam esse perfil nas tabelas que se seguem, para subsidiar a análise proposta.

Tabela 03: Perfil dos conselheiros em relação ao sexo, faixa etária e escolaridade.

		Conselho	Municipal	Conselho	Local
Questões		Número	%	Número	%
Sexo	Masculino	17	47%	18	53%
	Feminino	20	53%	20	47%
Faixa etária	18 a 24 anos	0	0	1	3%
	25 a 34 anos	4	11%	5	13%
	35 a 44 anos	20	54%	12	31%
	45 a 54 anos	9	24%	12	32%
	+ de 55 anos	4	11%	8	21%
Escolaridade	Fund. Completo	1	3%	7	18%
	Fund. Incompleto.	0	0	7	18%
	Seg. Grau compl.	5	14%	13	35%
	Seg. Grau incompl.	1	3%	1	3%
	Universit. Compl.	29	77%	7	18%
	Universit. Incompl.	1	3%	3	8%

Fonte: Pesquisa de Campo – questionário aplicado junto aos conselheiros do CMS e CLS entre julho e setembro de 2006.

Tomando os percentuais de sexo, temos o destaque no CMS 53% feminino e no CLS 53% também feminino. Nesta questão há um equilíbrio. Quanto à faixa etária, encontramos o destaque para o CMS 54% na faixa 35 a 44 anos e para os CLS o destaque 32% 45 a 54 anos. No item escolaridade destaca-se a diferença de percentuais de 77% dos conselheiros municipais possuem curso universitário completo. E para os conselheiros locais o destaque é de 35% para o segundo grau completo.

O índice de escolaridade de 77% para conselheiros do CMS com curso universitário se justifica por serem representantes de setores da saúde pública ou privada que exigem uma qualificação profissional para estar inseridos nos mesmos. Já nos CLS são pessoas que mobilizadas por várias motivações se inserem nos grupos de sua comunidade para ver melhoradas as condições de vida, moradia, saúde, sem necessariamente uma qualificação profissional para tanto. E ainda que o CMS tem uma trajetória histórica que congrega setores da sociedade civil e do Estado que de forma direta, ou indireta, executam serviços ligados a área de saúde. Já para os CLS esta variável não se aplica, com exceção dos trabalhadores das unidades de saúde que integram os CLS

Analisando esses três elementos que caracterizam o perfil dos conselheiros (municipal e locais), em relação a idade, sexo e escolaridade, percebemos que existe uma aproximação entre os dados. Notamos a presença do sexo feminino se equiparando ao masculino, aspecto que merece destaque, pois se compararmos com as primeiras composições do CMS, verificamos que nestas havia predominância masculina. O fenômeno da representatividade feminina tem se evidenciado desde as duas últimas décadas do século passado devido as conquistas dos movimentos feministas em nível nacional e internacional. Inclusive tem sido divulgado na mídia, os vários avanços das mulheres na sua inserção no mercado de trabalho e na gestão do setor sem fins lucrativos (que em muitas vezes são órgãos integrantes dos Conselhos).

Quanto a escolaridade, há uma desigualdade social expressiva dentro da sociedade que pode ser verificada também pela localização da moradia. A desigualdade se expressa no território, assim, nos bairros onde se deu a implantação dos CLS estão os moradores de menor renda e escolaridade.

O acesso aos serviços de saúde para a população de menor renda é feito através do SUS, o que os motiva para a participação nos CLS como meio de melhorar a oferta dos serviços de saúde.

TABELA 04: Perfil dos conselheiros em relação à situação de emprego e forma de indicação para compor o conselho.

		Conselho Municipal		Conselho Local	
Questões		Número	%	Número	%
Sit. Empr.	Empregado com registro	27	73%	21	55%
	Empregado sem registro	3	8%	2	5%
	Desempregado	4	11%	3	8%
	Aposentado	3	8%	12	32%
Ind. Cons.	Eleição direta	21	57%	9	24%
	Indicação da associação	6	27%	9	24%
	Indicação func. da saúde	10	16%	7	18%
	Iniciativa própria	0	0%	13	34%

Fonte: Pesquisa de Campo – questionário aplicado junto aos conselheiros do CMS e CLS entre julho e setembro de 2006.

Cruzando os dados relativos a idade com os índices de situação de emprego, verificamos que no CMS, 54% estão numa faixa etária produtiva (35 a 44 anos) e 73% possuem emprego com registro. Já nos CLS, esta situação se caracteriza de maneira diferente, pois a faixa etária de destaque é de 45 a 54 anos (32%) com um índice para 32% de aposentados e 55% de empregados com registro. Os índices se justificam pela distinção de natureza dos dois conselhos, enquanto que para o municipal a inserção dos mesmos é vinculada a sua representatividade por setor – usuário, trabalhador, prestador e gestor – nos locais o vínculo de inserção é mais informal e de caráter voluntário, como a exemplo a presença de aposentados.

Analisando os elementos que caracterizam o mecanismo de inserção nos conselhos temos os seguintes dados: para o CMS, o destaque é eleição direta do conselheiro pela sua entidade representativa com o índice de 57% e 27% indicados pela diretoria da sua associação. Já nos CLS o destaque é para 34% dos conselheiros que se inseriram por iniciativa própria. Tal fato se justifica justamente pela natureza do conselho local, conforme vimos a pouco. Inclusive na trajetória da formação dos CLS em Ponta Grossa notamos que estes se constituíram fundamentalmente de um lado, pela demanda da comunidade, por outro pela característica da administração em possibilitar espaços para a discussão das questões referentes à saúde.

TABELA 05: Perfil dos conselheiros em relação a sua inserção em outras associações e tempo de conselheiro.

		Conselho Municipal		Conselho Local	
Questões		Número	%	Número	%
Participa de outra associação	Sim	15	41%	20	53%
	Não	22	59%	18	47%
Faz parte da diretoria	Sim	15	41%	14	37%
	Não	22	59%	24	63%
Tempo de conselheiro	- 2 anos	16	42%	19	50%
	2 a 4 anos	8	22%	14	37%
	4 a 6 anos	5	14%	5	13%
	+ 6 anos	8	22%	0	0%

Fonte: Pesquisa de Campo – questionário aplicado junto aos conselheiros do CMS e CLS entre julho e setembro de 2006.

Em relação à participação dos conselheiros em outras associações ou conselhos, os dados do CMS e CLS se aproximam em sentido inverso: quando no primeiro 41% participa de outra entidade, no CLS o percentual é de 53%. Para o item não participa: no CMS é de 59%, para o CLS é de 47%. Atribui-se a esses índices que os moradores de bairros tem maior necessidade de se envolver em trabalhos comunitários para reivindicar melhorias em seu local de moradia, uma vez que as regiões periféricas, nas gestões públicas, geralmente, não são tidas como prioritárias. Então é necessário que os munícipes se organizem para tanto. Cruzando este indicador do perfil ao item fazer parte da diretoria de outra associação ou conselho que participa, temos o percentual de 59% do CMS e 63% do CLS que não fazem parte da diretoria desta associação, mas é membro participante da entidade.

Para o CMS os índices identificados quanto a participação de outra entidade, podem ser atribuídos pelo fato de que as pessoas que participam, ou tem tendência a se envolver com questões públicas, o fazem por ter um perfil individual que interessa-se por política, ou por ser funcionário público vinculado aos órgãos gestores e representativos que têm assento nos Conselhos.

Quanto ao tempo que é conselheiro de saúde 42% para o CMS e 50% para o CLS é inferior há dois anos. Em relação ao CMS nota-se uma renovação de seus

conselheiros, pelo fato novas entidades terem sido eleitas por ocasião da VI Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2005 e também pela substituição de conselheiros de entidades consideradas mais antigas no CMS e com relação aos CLS, nestes últimos dois anos houve uma desmobilização dos conselhos constituídos em 2002 e 2003, desmobilização esta que somente agora em meados de 2006 está sendo revertida.

TABELA 06: Perfil dos conselheiros em relação a participação em processos de capacitação.

Questões		Conselho Número	Municipal %	Conselho Número	Local %
Já participou de capacitação	Sim	16	43%	15	39%
	Não	21	57%	23	61%
Avaliação	Muito Importante	14	87%	8	53%
	Deve haver com + freq.	2	13%	1	40%
	Não acrescentou nada	0	0%	6	7%
Discute temas de saúde?	Sim	35	95%	32	84%
	Não	2	5%	6	16%
Participação despertou inter?	Sim	37	100%	32	84%
	Não	0	0%	6	16%

Fonte: Pesquisa de Campo – questionário aplicado junto aos conselheiros do CMS e CLS entre julho e setembro de 2006.

Como vimos no início deste capítulo, os conselheiros municipais e locais de Ponta Grossa, passaram por uma capacitação em 2003 e 2004. Por este motivo indagamos quanto a realização de capacitação para ser conselheiro e, em caso positivo, como avalia essa capacitação. Para o CMS temos o dado de 57% e para o CLS 61% dos conselheiros que não participaram da capacitação e 87% do CMS e para o CLS apenas 53% avaliam como muito importante a capacitação. E ainda, o destaque para 40% dos CLS responderam que é necessário ter com mais frequência processos de capacitação, uma vez que somente com mais informações e se apropriando de ferramentas eficazes para o controle e formulação de políticas de saúde conseguirão exercer suas funções.

Quanto à discussão, pelos conselheiros, dos assuntos de saúde com a comunidade, respondem 95% do CMS e 84% do CLS afirmativamente. Consideramos este aspecto de relevância, pois representa que o canal de comunicação Conselho / Comunidade está sendo efetivado pelos conselheiros, demonstrando que a atividade de conselheiro está proporcionando novas arenas para a discussão destes temas. Quando historicamente a saúde pública era objeto de discussão e decisão centralizada, hoje temos indicadores e mecanismos que nos fazem acreditar no avanço do debate público sobre saúde e sobre a abertura de canais de diálogo e de receptividade das demandas sociais pela via dos conselhos, tanto municipal como local, no caso de Ponta Grossa.

As relações entre Estado e Sociedade mostram-se mais estreitas por esses canais de participação e inserção social. Isso é uma possibilidade de ampliar a vida democrática. Neste quadrante de análise temos ainda a questão sobre o interesse pela política de saúde pela via da participação nos conselhos que aparece com o percentual de 100% para o CMS e de 84% para os CLS. Isto é, pela via da participação nos conselhos houve um despertar pela política pública. Reiteramos o papel fundamental dos conselhos (de diversas instâncias) em fomentar o debate, o interesse e a necessidade de controle social nas decisões públicas.

O aprendizado em despertar interesse por políticas públicas pela via da inserção dos conselhos é um aspecto que merece destaque, pois historicamente fomos levados a acreditar que a política era atribuição apenas dos políticos, ou do Estado.

Porém a história e os movimentos democratizantes têm nos mostrado que esta relação não vai fazer senão acirrar os problemas de desigualdade e pobreza que tem aflorado nas últimas décadas, é necessário investir nos espaços públicos,

como os conselhos, para que muito mais pessoas voltem-se para as políticas públicas como interesse realmente público, e não apenas estatal. Desta forma a perspectiva de um “Estado ampliado” terá mais chances de ser exercitado.

Os dados do perfil levantados nos indicam que tanto os conselheiros municipais quanto os locais tem uma potencialidade que pode ser incrementada, pois tanto mulheres como homens estão envolvidos numa mesma proporção na causa da saúde pública, são pessoas com escolaridade superior e média, participam e consideram que a capacitação para essa participação é importante e que deveriam ser capacitados com maior frequência, que são pessoas, num percentual significativo, que discutem com suas comunidades assuntos públicos.

Não houve uma discrepância muito evidente das diferentes informações obtidas como respostas aos questionários aplicados para os dois tipos de conselheiros, a não ser a escolaridade (que fica entendida pela natureza e diferença histórica de composição dos dois conselhos) O Municipal de caracteriza muito mais com sujeitos representativos de serviços de saúde e que carecem de uma qualificação profissional e o local se caracteriza muito mais por pessoas /líderes comunitários que participam de seus conselhos para reivindicar e qualificar os serviços de saúde de sua comunidade, se assemelhando aos movimentos populares reivindicatórios dos anos 70 e 80⁸³(resguardando as devidas proporções).

Passaremos a seguir a traçar uma análise sobre a experiência de participação social nos CLS em Ponta Grossa e sua efetividade na perspectiva dos sujeitos significativos que a vivenciam.

76 Sobre Movimentos com esta característica consultar Gohn, 1991

4.3 A participação social através dos CLS no município de Ponta Grossa.

O processo de pesquisa até então empreendido tem procurado enfocar a participação social no Conselho Municipal de Saúde a partir da criação dos Conselhos Locais de Saúde, investigando como se deu o processo de implantação, a dinâmica de funcionamento e de efetivação ou não dos Conselhos Locais de Saúde, como mecanismo de descentralização do Conselho Municipal de Saúde. E, a partir deste momento, mais especificamente, estaremos pesquisando: Quais os motivos que levaram à formação dos CLS no município de Ponta Grossa? Como se configura a articulação entre CMS e CLS? O CMS reconhece e absorve as demandas oriundas dos CLS? Qual a legitimidade dos CLS perante o CMS? Como se configura o processo de participação e controle social através dos CLS? Qual o papel do gestor municipal na organização e fomento da prática descentralizada e participativa de gestão através dos CLS?

Neste momento de pesquisa, para responder, mais especificamente, a essas questões recorreremos aos sujeitos significativos /conselheiros municipal e local de saúde⁸⁴ que viveram o processo de implantação e desenvolvimento dos CLS, através de entrevistas semi-estruturadas⁸⁵, pesquisa documental nas atas do CMS (1992 a 2006) e a fundamentação teórica sistematizada nos capítulos anteriores.

⁸⁴ A amostra de pesquisa segue os seguintes critérios:

Dois conselheiros do CMS, designados CM1 e CM2, um do segmento trabalhador e um do segmento usuário respectivamente, que sejam conselheiros há mais de quatro anos, e que tenham participado do processo de capacitação para conselheiros;

Dois conselheiros de CLS, designados CL1 e CL2, ambos do segmento usuário, que participaram do processo de implantação dos CLS em 2002, capacitados no treinamento ocorrido em 2003 – 2004 e que ainda atuam como conselheiros locais;

O atual secretário executivo do CMS, denominado SE, que no período de implantação dos CLS (2002 – 2003) desenvolvia a atividade de coordenador dos CLS.

⁸⁵ As entrevistas foram gravadas e transcritas para garantir a fidelidade dos depoimentos.

A análise e interpretação do material coletado nas entrevistas nos permitiu organizar os dados através das seguintes categorias: a) motivos de implantação e significado dos CLS; b) articulação e reconhecimento dos CLS; c) participação e controle social dos CLS na gestão da saúde do município; d) perspectivas de descentralização através dos CLS.

a) Motivos de Implantação e o Significado dos CLs

Em relação aos motivos que levaram a criação dos CLS e qual o significado dessa implantação para a gestão da saúde no município, obtivemos nas falas dos entrevistados a confirmação das informações colhidas no início deste capítulo. Os entrevistados apontam a instituição dos CLS a partir dos conflitos acontecidos no ano de 2002 entre usuários e trabalhadores na unidade de saúde da Vila Rubini, os quais reivindicavam melhor atendimento na unidade básica de saúde. Na fala da CM1: *“(...) um conflito que existiu ali, um conflito que no meu entendimento, estava latente já na sociedade, mas se manifestou de uma forma brusca, mas que resultou na criação dos CLS.”* E também pela decisão da administração municipal, através do Prefeito Municipal, de fomentar a participação da população na gestão das políticas públicas do município, constituindo arenas de discussão, onde questões relacionadas ao atendimento, programas a serem implantados, pudessem estar sendo discutidas, conforme registrado na ata da reunião do CMS No. 007/2002 de 28 de agosto de 2002.

(...) O Diretor de Saúde Comunitária fala da necessidade da implantação dos Conselhos Locais de Saúde primeiramente nos bairros onde já está implantado o Programa Saúde da Família, para que a população junto com o Conselho Local possa escolher e melhorar a saúde no município de Ponta Grossa, pede a participação dos Conselheiros nos Conselhos Locais, após discussões, foi aprovada a implantação dos Conselhos, sendo que a regulamentação será discutida na próxima reunião.

Embora houvesse a decisão política de implantar os CLS, dentro do CMS ainda não tinha amadurecido essa idéia, tanto que na entrevista com o secretário executivo do CMS, isto ficou evidente. *“... acho que a criação dos CLS foi muito mais entre a comunidade e a administração do que o próprio CMS.” (SE)*

Esta informação do entrevistado pode ser compreendida quando analisamos as atas do CMS e verificamos que durante as duas primeiras fases: a Primeira intitulada o aprendizado, e a Segunda intitulada administrando crises, pouco se discutia sobre a necessidade de ampliar a participação nas decisões sobre a condução da política municipal de saúde para além do CMS. Embora esteja registrado no Relatório Final da 1^a Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa, realizada em setembro de 1993 a seguinte proposta: “Criação e/ou reativação dos Conselhos de Bairro, na área da saúde, funcionando como consultores dos representantes dos usuários no CMS”.

A demanda já existia e já estava indicada pela conferência municipal, porém não encontramos nas atas do CMS, seqüenciais a este período, registro de providências para a efetivação da proposta.

.Ainda com referência aos motivos de implantação encontramos também na fala dos CLS uma outra explicação: os CLS estão mais ligados às necessidades imediatas de resolver problemas relacionados ao déficit na assistência à saúde, bem como de abrir espaços para que as informações em saúde sejam acessadas pelas comunidades, como relata uma conselheira local: *“... foi a falta de médico, de dentista no posto de saúde, (...) nós lutamos, fizemos reunião...” (CL2)*, Ou ainda, nas palavras de outra conselheira local: *“... eu acredito que o CLS foi criado como uma forma de ajudar o povo, de conscientizar de seus direitos, de levar mais informação para todos.” (CL1)*

Em síntese, os principais motivos que levaram a implantação dos CLS foram os conflitos ocorridos por deficiência na assistência à saúde básica, a falta de um fórum local (nos bairros) para discussão dos temas e demandas sociais relacionadas à saúde pública e a decisão política da administração municipal em fomentar espaços de participação social através do incentivo à criação dos CLS (conforme vimos na pesquisa documental nas atas).

Os dados coletados quanto aos motivos para implantação dos CLS: indução do processo pelo governo; demanda por serviços, nos permitem afirmar que a manifestação da população quanto aos serviços públicos é de suma importância para qualificá-los, apontando demandas e necessidades para tanto. Mas também, a decisão política, a adoção de diretrizes democráticas (constantes no Plano de Governo) e o incentivo da gestão municipal em apoiar e abrir espaços oficiais para os conselhos locais é fundamental.

Quanto ao significado dos CLS para a gestão da saúde no município, verificamos que desde sua implantação em 2002, o tema CLS esteve presente em quase todas as reuniões ordinárias do CMS, conforme pudemos constatar na pesquisa documental e já comentadas no item 3.3.1. O Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa. O fato do tema CLS constar freqüentemente nas pautas das reuniões do CMS pode ser considerado como tendo um significado importante para o CMS. Outro fato que corrobora nesta consideração é a criação de uma comissão temática do CMS intitulada Comissão de Controle Social, a qual tinha como atribuição fomentar e fortalecer os CLS “Outra proposta é a Comissão de Controle Social; com a parceria dos Conselhos Locais, ter uma avaliação do serviço de saúde de modo geral ...” (ata no.001/2004)

O significado de importância dos CLS encontrado na pesquisa documental é confirmado nos depoimentos dos sujeitos pesquisados. Obtivemos unanimidade nas respostas quanto ao avanço das discussões nas comunidades onde estes foram implantados.:

*“(...) Bem, eu acho que significa um **avanço** em relação a discussão dos problemas na comunidade exercendo seu papel de cidadão.” (SE)*

*“(...) foi um **avanço**, mesmo sendo criados em cima de um conflito, pois possibilitou a descentralização da fiscalização do serviço de saúde.” (CM1)*

*“(...) é uma soma de usuários que estarão lá participando de cada CLS, trazendo toda a informação para o CMS (...) então significa uma **grande importância** para melhorar a gestão da saúde pública do nosso município.” (CM2)*

*“(...) como eu já disse anteriormente, é um meio das pessoas se unirem, conversarem e discutir uma forma de **melhorar a saúde**.” (CL1). (grifo nosso).*

Em termos de significado e representação institucional, os CLS tem uma legitimidade tanto para os sujeitos que o vivenciam e que expõem verbalmente esse significado, como para o CMS, se considerado o registro documental (a partir de 2002) de suas discussões. Este é um aspecto positivo para a efetivação de propostas, de programas, de ações coletivas, quando os sujeitos envolvidos atribuem importância a instituição que representam. Quando se tem esse nível de significado, há mais chances de incorporarmos suas propostas e de lutar por elas.

Esse aspecto de avaliação poderá ser complementado com as próximas categorias de análise, quando verificarmos se o significado é incorporado na prática, ou seja, se há efetividade da ação dos CLS na descentralização das decisões e ações do CMS.

b) Articulação e Reconhecimento dos CLS

Quando analisamos as respostas à questão referente à articulação entre CMS e CLS, notamos que há por parte da instituição CMS, a intenção de fortalecer uma possível articulação, inclusive com a alteração do Regimento Interno do CMS, onde os CLS foram instituídos regimentalmente como constitutivos do CMS: “Implantar e acompanhar a criação dos Conselhos Locais de Saúde, no âmbito do município de Ponta Grossa, para através da descentralização, garantir a participação da sociedade civil organizada no controle social do SUS.”(Resolução No. 05/2005) do Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa que aprova o novo Regimento Interno do CMS de Ponta Grossa / Art. 4º parágrafo XXXII),

Apesar da regulamentação de assessoria do CMS para com o CLS há posições que apontam para algumas fragilidades de articulação entre os conselhos, apontadas pelos entrevistados: *“... no começo, os CLS caminhavam um pouco sozinhos, porque de certa forma no início, ficou um receio do CMS em relação aos CLS (...) no começo eles ficaram bem distantes um do outro...”* (SE). O receio a que o entrevistado se refere é no sentido de que poderia haver uma sobreposição de funções e papéis, causando dificuldades de gestão das demandas oriundas da população. Com o decorrer da experiência dos CLS, complementa o entrevistado; *“... hoje podemos dizer que o CMS já reconhece e convive com os CLS”* (SE)

Já a outra conselheira entrevistada acredita que os CLS *“... ajudaram a dar uma fomentada no CMS, tanto no sentido de rever o seu papel de descentralizar as suas ações e de estar chamando mais o segmento dos usuários para estar participando do controle social (...) Então acho que essa articulação no início foi muito importante, é uma pena que no decorrer do caminho, um ano e meio depois (entre 2005 e 2006), essa articulação tenha perdido um pouco a força.”* (CM1) Nesta

posição, a entrevistada reitera um papel importante aos CLS: de fomentar o CMS, isto é, o órgão central sendo chamado a cumprir com o seu papel, pelo órgão subordinado. E sobre a articulação aponta que houve um período em que a mesma “perdeu a força”, tal fato pode ser aproximado ao dado de que no ano de 2005 houve uma desestruturação do CMS (situação explicitada na ata no.11/2005 – por motivos de falta de infra-estrutura de funcionamento dos conselhos municipal e dos 26 conselhos locais) o que acabou acarretando dificuldades na articulação e encaminhamento dos trabalhos dos conselhos.

A posição adotada pela entrevistada CL1, quando do questionamento sobre a articulação esta responde: *“Existe e ela funciona”*. Mesmo porque para essa conselheira, o entendimento acerca da articulação, está ligado ao fato de os CLS serem os porta vozes da população junto ao CMS. *“(...) porque o CLS é o representante, é a voz deles, onde pode trazer melhorias de todas as formas, não só na informação, como também devido ele ser um conselho unido por muitos outros conselhos.” (CL1)*

A questão da articulação dos conselhos, apontada pelos entrevistados acima, mostra que há fragilidades nesta relação, inclusive com respostas contrárias de ambos (os demais entrevistados não responderam objetivamente a essa questão). Ora a articulação existe, ora tem o caráter de convivência, ora a articulação perde a força. Não há uma posição clara quanto a esta questão.

Podemos relacioná-la à questão do reconhecimento dos CLS pelo CMS, pois poderá haver uma articulação efetiva quando os envolvidos se reconhecem mutuamente. No cruzamento dos depoimentos sobre o reconhecimento e absorção das demandas dos CLS pelo CMS nos deparamos com as seguintes exposições:

“Absorve (...) depois da reunião do CL (...) o médico foi atender no postinho (...) ficou dois anos sem ter atendimento médico no postinho” (CL2)

“(...) mais afirmativamente é que ele reconhece e absorve as demandas.” (CM2)

“(...) sempre tivemos respostas do CMS.” (CL1).

Ainda em relação as demandas feitas ao CMS pelos CLS, verificamos que, muito do que chega até o CMS é referente a problemas da atenção básica, mais especificamente, problemas do dia a dia da população, *“Acredito que sim, eu acredito que ele absorve (...) no sentido de estar discutindo as políticas de saúde que são desenvolvidas lá na ponta (...) já houve um grande avanço, uma vez que os conselhos estão discutindo a questão da consulta médica, dos profissionais que atuam na unidade, questões relacionadas ao meio ambiente e à saúde do trabalhador.” (CM1)*

Quatro entrevistados respondem afirmativamente, dizendo que o CMS reconhece os CLS e suas demandas, porém essas demandas se caracterizam mais por necessidades de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde. Estas sempre implicam em falta de médicos, medicamentos e outros aspectos relacionados a infraestrutura; o que nem sempre é resolvido adequadamente.

O dado de que tanto conselheiros municipais como locais afirmarem que existe o reconhecimento é um aspecto positivo para a descentralização dos serviços de saúde, assim como o significado dos CLS que sobressaiu entre os depoimentos, como um avanço. Porém, se cruzarmos significado dos CLS, reconhecimento, absorção das demandas e articulação (elementos analisados até esse momento de pesquisa) vamos constatar que existem fragilidades nesta relação, como já apontavam os conselheiros.

Somada a essa verificação, temos o depoimento do (SE)

“... eu quero crer que o CMS está começando a reconhecer as demandas, porém eu ainda tenho um pé atras (...) eu acho que o CMS amarra muito os CLS. Por que fazer isso? Por que criar aquilo? Eu acho que o conselho municipal não reconheceu bem essa questão ainda.”

Bem sabemos das dificuldades de efetivação da municipalização e descentralização de políticas públicas pelos conselhos gestores, sistematizadas em várias pesquisas e bibliografias, algumas delas indicadas no capítulo anterior. Em Ponta Grossa não poderia ser diferente, inclusive pelas características culturais e políticas que marcam a realidade histórica do município, a efetivação dos CLS encontrar dificuldades quanto a articulação com o CMS, quanto a absorção de demandas sociais em saúde, que é histórica em nosso país. Ou melhor dizendo, nas palavras entrevistado (SE) *“... O conselho ainda não compreendeu valor que eu chamo, assim, que é a verdadeira solidariedade, o verdadeiro voluntariado dos conselheiros dos CLS.”*

O caráter de voluntariado do trabalho dos conselheiros locais de saúde é enaltecido pelo entrevistado e alerta que deveria ser respeitado, pois é ele que traz e vocaliza as demandas e pleiteia o seu atendimento. Por essa razão o reconhecimento e a legitimação na prática dos CLS é um elemento essencial para a descentralização das decisões, abrindo possibilidades efetivas de participação social, fazendo valer um dos preceitos do SUS. Em Ponta Grossa, na pesquisa realizada, percebemos que já foram dados alguns passos neste sentido, em especial no reconhecimento legal dos CLS e na abertura e incentivo para esse tipo de prática social. Mesmo que ainda não seja no grau preceituado, pois existem atualmente o mesmo número de CLS que no ano 2003. Não que o dado quantitativo seja o único

argumento, porém sabemos que alguns destes conselhos estão inativos, carecendo de maior apoio do CMS para que se materializem suas propostas.

C) Participação e Controle Social.

Quadro No. 1 Concepção de participação

Entrevistado	Concepção de participação
SE	<i>“Se da no sentido que, a partir da ora que a comunidade vem lá para suas unidades de saúde, para os seus locais discutir, debater eles começam a conhecer os problemas, também visualizar um pouco das soluções. Começam a compartilhar (...) no conselho, sempre estão renovando, cada um com a sua opinião diferente, mas com o objetivo de melhorar a comunidade, a saúde da população (...) a participação acontece em alguns mais, em outros menos. (...) tem alguns conselhos que as pessoas participam mesmo, fazem reuniões (...) tem pauta, horário para começar e terminar.”</i>
CL1	<i>“ Através de reuniões a gente se reúne no local e cada um expõe o seu problema, o seu ponto de vista ...”</i>
CL2	<i>“ Quando nós vínhamos na reunião (...) a gente conversava explicava o que faltava ...”</i>
CM1	<i>“ ... estão participando mais, principalmente nas reuniões ordinárias do CMS e nessas reuniões (...) é o fórum onde se discutem novas propostas de políticas, novos programas na área da saúde, portanto eles estão ali ouvindo, principalmente o gestor. Como são CLS, eles não tem poder de voto, só tem poder de voz. Enfim, nas reuniões eles podem Ter esse tipo de participação (...) quer dizer que de uma certa forma eles acabam influenciando na gestão da saúde do município, talvez não com o impacto esperado, mais eu acredito que isso faz diferença sim (...) até agora não teve nenhum assunto de grande relevância que tenha sido deliberado pelo CLS.”</i>
CM2	<i>“ ... é vaga essa participação (...) gostaríamos que tivessem maior reflexo da participação que aqui pede (...) então vai depender muito do CMS para injetar nos CLS essa participação, que seria uma participação satisfatória. Mas ela por enquanto está vaga (...) teria que Ter um acompanhamento de perto, não tendo este acompanhamento de perto por parte do CMS de ir aos CLS para fortalecê-los”</i>

Fonte: entrevistas com os sujeitos, organizados pelo autor.

Os depoimentos sintetizados no quadro, são muito significativos e fornecem indicadores em destaque para pensar a participação dos CLS na gestão de políticas de saúde no município:

1. O deslocamento de pessoas das comunidades para as unidades locais de saúde para discutir questões coletivas (SE, CL1, CL2) “conhecer os

problemas e também visualizar um pouco de soluções...” é um elemento que merece ser destacado, pois nesta dimensão de participação o homem se descobre enquanto sujeito político, capaz de estabelecer uma relação direta com a realidade e com os desafios cotidianos de organizar a vida em sociedade. Este é um exercício de aprendizagem que tem ocorrido através dos CLS e valorizado pelos entrevistados. Consideramos esta concepção ou dimensão de participação como constitutiva da vida social e que pode extrapolar o imediato e voltar-se para questões mais amplas. Em termos de realidade brasileira este é um processo que apenas está começando e tem muitos desafios a serem enfrentados em termos de voltar-se para essa dimensão social e política da participação;

2. A indicação do CMS como um fórum de debate, no qual os CLS são integrantes do mesmo, porém, para os CLS há uma limitação de participação porque não têm direito a voto. Uma situação contraditória se apresenta, pois de um lado se incentiva a participação, por outro a limita. Há que se discutir esse aspecto em nível local e nas instâncias superiores, pois há, em muitos casos, uma legislação que regulamenta o funcionamento dos CMS e certamente não há previsão deste tipo de abertura. Porém segundo CM1, mesmo assim já há um impacto, uma inserção e influência na gestão da saúde do município. Há que se concordar com a avaliação feita pelo conselheiro, pois se considerarmos a participação social no processo histórico das políticas sociais no Brasil, esse é um avanço estratégico de gestão de políticas públicas. Esta estratégia deverá ser qualificada no desenvolvimento dessa prática de gestão social, com inserção ativa dos sujeitos sociais.

3. Necessidade e ampliar a participação conforme os preceitos do SUS. Essa ampliação, segundo o CM2, vai depender do CMS “injetar” incentivos e infra-estrutura nos CLS. E aqui relembramos do papel do CMS e da política de administração em incentivar, apoiar e incrementar os mecanismos de participação, pois historicamente a população brasileira não pode absorver uma cultura democrática de participação devido a formação de nosso país. E em se tratando do município de Ponta Grossa, essa característica deve ser enfrentada pelos gestores (Conselhos e Administração) para que realmente haja um espaço ampliado para tanto. Essa tarefa não é exclusiva dos órgãos instituídos, mas também dos grupos e organizações populares em pressioná-los para ver inscrito no interior do Estado a sua participação.

As três dimensões de participação apresentadas pelos sujeitos não se excluem, mas se complementam, pois há possibilidade de participação em diversos níveis e, por outro lado, nem todos os cidadãos precisam participar de todos esses níveis. Quantitativamente isso seria até impossível. Há pessoas que se interessam mais pela vida política e outros menos. O importante é a criação e a manutenção de espaços democráticos de participação (em diversas instâncias) para ampliar e efetivar os preceitos constitucionais e legais já sistematizados. BOBBIO (1999), diz que o grande desafio para o séc. XXI é a efetivação dos direitos instituídos nos dois últimos séculos; investir nos espaços de decisão coletiva é uma estratégia importante para tanto.

Segundo Correia apud Mota (2006), vale destacar o aspecto contraditório dos mecanismos de participação institucionalizados na área da saúde – Conferências e Conselhos de Saúde – que apesar de terem sido conquistados sob

pressão, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. Mas também podem ser espaços de participação e controle social dos segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e de construção de uma nova hegemonia.

Nesta dimensão, hegemonia e participação se relacionam, pois a participação, conforme vimos no Capítulo I pode ter o caráter assistencial (de natureza filantrópica) ou político/social de caráter emancipatório, de envolvimento dos sujeitos históricos na reconstrução da vida em sociedade. Se o caráter de participação for emancipatório pode corroborar processual e historicamente para a construção da contra-hegemonia. Tal aspecto pode ser constatado se tivermos a evolução e os avanços das políticas de saúde como referência em abrir espaços à participação social. Assim de outras políticas que abriram perspectivas democráticas de gestão (em termos legais).

Neste sentido a participação social pode ser um indicador de contra-hegemonia à lógica tradicional que move muitas práticas de gestão que marcam a história brasileira e pontagrossense.

Podemos concluir que, na conjuntura atual, existe no setor saúde uma densa constelação de espaços de participação, interlocução e aprendizado, que envolve muitas pessoas dedicadas a realizar um trabalho voluntário em prol da defesa do SUS, do controle social e da saúde da população.

Complementando sobre o espaço contraditório que os conselhos gestores representam em termos de hegemonia ou contra-hegemonia Wendhausen (2002) comenta:

No relatório da ABRASCO há uma constatação de que os conselhos criados a partir de pressões dos movimentos sociais apresentam mais estabilidade e legitimidade, confirmando que o modo de criação do conselho influencia em seu funcionamento. Tais considerações vêm no rastro das reflexões feitas por Gerschman (1995) e Ramos (1996) de que a

criação “de cima para baixo” dos conselhos, tem contribuído para que não sejam instância de fato, de caráter deliberativo. Isto nos faz pensar que há muito que caminhar para que a participação nos conselhos seja, de algum modo, mais equânime e que essa capacitação para a cidadania de se dar em outras instâncias que antecedem o conselho. (p.190)

Um outro aspecto importante abordado durante as entrevistas foi a possibilidade de efetivamente os CLS exercerem o controle social na saúde pública do município. Todos concordam que os CLS cada vez mais têm que participar ativamente na condução da política de saúde do município. Isto fica claro na fala do secretário executivo do CMS quando diz:

(...) Eu sou suspeito para dizer, porque de certa forma compartilhei, participei desde o início de tudo, sou um defensor dos CLS, como sempre dizia, de corpo e alma. (...) porque eu acho que o verdadeiro controle social, sem querer diminuir o CMS, mas para mim os CLS são mais legítimos, porque não tem aquele negócio de dentista brigando pelos dentistas, médico brigando pelos médicos, farmacêutico brigando pelos farmacêuticos. (...) os CLS exercem de uma maneira mais pura possível esse controle. (SE)

Quando o entrevistado comenta a questão da defesa de interesses de classes ou categorias no CMS, nos remete ao item anterior, quando realizamos o estudo dos registros das atas do CMS durante sua existência, e nele por várias vezes isto ficou explícito. “ os representantes dos trabalhadores no conselho atuam quase sempre de forma a defender os interesses corporativos, os dentistas, os farmacêuticos, os médicos e assim por diante, não oportunizando o debate no conselho” (ata da reunião do CMS de 27 de janeiro de 1998). O conselho, assim como a sociedade civil, é composto por diferentes interesses e há conflito quando interesses individuais se sobrepõe aos coletivos, pois o conselho é um espaço plural apesar de ter um objetivo que deve ser comum a todos os seus integrantes.

Desta forma, a efetivação do controle social no campo dos conselhos pode ser limitada, do lado dos gestores e do lado dos usuários. Nesse sentido Correia apud Mota (2002) nos fala:

Do lado dos gestores, pela não transparência das informações e da própria gestão, pela manipulação dos dados epidemiológicos, pelo uso de artifícios contábeis no manuseio dos recursos do Fundo de Saúde, pela ingerência política na escolha dos conselheiros, pela manipulação dos conselheiros na aprovação de propostas. E, do lado dos usuários, pela fragilidade política das entidades representadas, pela não organicidade entre representantes e representados, pela não articulação deste segmento em defesa de propostas em termos de um projeto comum, pelo **corporativismo de cada conselheiro**, defendendo os interesses somente de sua entidade, pelo não acesso às informações, pelo desconhecimento sobre seu papel e sobre a realidade da saúde a qual está inserido. (p. 130) (grifo nosso)

A posição da autora é confirmada pela conselheira local de uma comunidade rural quando esta diz que: “ ... só ouvir o presidente, o secretário de saúde falar lá na prefeitura não resolve. (...) O CLS não funcionou durante dois anos, eu acho que foi por esse motivo que não tinha médico lá. ” (CL2)

Estes fatos demonstram a importância das lutas políticas dos segmentos sociais que representam as classes subalternas na consolidação do SUS, sem as quais a política local e nacional de saúde poderia tomar outros rumos. Ressaltamos que os mecanismos de controle social sobre as ações do Estado são mecanismos de democracia que têm limites. Podem denunciar apropriação privada do que é público e/ou re-alocar recursos pré-determinados no orçamento para atenderem necessidades reais da população, o que já é um grande avanço na atual conjuntura brasileira. Porém, segundo Correia apud Mota (2006), este controle não é suficiente para se contrapor à ordem do capital.

O acompanhamento e a participação do CMS e dos CLS na definição da alocação de recursos destinados às políticas de saúde, que estão sendo destinados aos vários programas, através de fundos específicos como por exemplo: para o Programa Saúde da Família, para a Farmácia Básica, para o controle da dengue,

são de grande importância para que estes recursos sejam gastos com o atendimento às demandas reais da maioria da população e não fiquem à mercê dos interesses clientelistas, privatistas ou a serviço de parlamentares para beneficiar exclusivamente seus eleitores.

Os conselhos podem ser um instrumento para este fim, já que planos, programas, projetos, relatórios financeiros, entre outros têm que passar pela sua aprovação. É um espaço que não pode ser desprezado numa realidade como a do município, em o que é público é tratado muitas vezes com descaso, os recursos para as políticas sociais são escassos e o controle sobre estes, em sua maioria ainda está nas mãos dos gestores, tratando-os como se fossem privados.

Aqui o controle social é um dispositivo importante, inclusive previsto em lei, lembrado por CM1 “...já começa a se criar um embrião, eu acredito que a partir do momento que já faz dois ou três anos de existência dos CLS, tivemos períodos de altos e baixos, períodos em que eles estiveram mais efetivos, onde a participação se dão de forma mais efetiva, e outros não (...) eles atuam ainda mais na área de fiscalização (...) ainda dentro de um conceito muito policial (...) mas eu acredito que eles fazem essa diferença.”

D) Perspectivas do Processo de Descentralização

Quando questionamos os sujeitos quanto as perspectivas de continuidade do processo de descentralização através dos CLS, a resposta foi unânime: todos foram favoráveis e ainda enfatizaram os avanços e os aspectos positivos desta proposta. Isso pode ser traduzido na fala dos entrevistados:

(...) eu penso assim (...) que é igual ao agricultor, ele planta a semente, o que ele espera? Ele espera surgir o fruto daquela semente (...) a gente já vê nascendo alguns frutos. (SE);

“As perspectivas são boas, eu acho que esse é um dos únicos caminhos para a continuidade da descentralização. Eu acho que sem descentralização para os CLS não vai existir controle social, principalmente a partir da comunidade que está participando efetivamente. (CM1);

“... para mim deverá ser das melhores, porque a continuidade do processo é devida e necessária. (CM2);

“... isso não pode acabar (CL1)

“... eu participo do CLS porque acredito, porque esses conselhos não podem terminar, porque no momento que terminar eu acho que só o povo é que vai perder com isso. (conselheira local rural) (...) um conselho que participa melhora, porque a gente tem que lutar, pois se ficarmos parados ninguém vai saber que existe o bairro Pinheirinho. São mais de 110 famílias que moram lá e fica a uma distância de 25 quilômetros da cidade. (CL2).

Em todos os fragmentos da fala dos entrevistados, há uma percepção otimista sobre o papel dos CLS, há uma motivação explícita para a continuidade e há expectativa de resultados positivos no trabalho desenvolvido pelos mesmos.

Esse é um aspecto que potencializa a possibilidade de qualificação da ação dos CLS, sem perder de vista, e reiterado pelos conselheiros, o papel do CMS em apoiar e considerar esse espaço que pretende ser participativo: *“ os CLS ainda não sobreviveram sem o apoio do CMS, pois eu os comparo como uma criança, que pode nascer saudável (...) mas se os pais não ajudarem, a criança vai ter problemas” (SE). “ele deve ser ouvido com mais interesse, ele deve ser ajudado (...) porque ele se sente amparado...” (CL1)*

Um espaço participativo, mas não imune de contradições e conflitos, como o CMS, como a sociedade civil, mas com expectativas positivas por parte dos envolvidos.

Considerações finais

O tema da participação de segmentos da população nos diversos foros de decisão na sociedade brasileira tem sido objeto de estudo de muitas pesquisas. A literatura brasileira tem subsidiado as discussões e práticas que envolvem conselhos de gestão de políticas públicas, sejam elas de nível federal, estadual ou municipal, inscrevendo-se no tema da redemocratização do Estado e da sociedade brasileiros.

O que podemos verificar é que está havendo uma redefinição das relações entre Estado e sociedade. Acompanhando esse debate e a prática destas redefinições, nos motivamos a investigar como se configura a participação social na gestão das políticas de saúde, através dos CLS no município de Ponta Grossa, como expressão das novas relações entre Estado e sociedade.

Considerando que já existe um arcabouço de discussões sobre a questão dos CMS, resolvemos centrar o estudo na institucionalização de CLS, como desdobramento das ações e políticas desenvolvidas pós-institucionalização dos CMS.

Com a pesquisa realizada, podemos afirmar que a participação social, através dos CLS em Ponta Grossa, se configura como um processo vinculado às tendências democratizantes de práticas de gestão social e como uma exigência demandada pela sociedade. A participação vivenciada pelos conselheiros é enaltecida pelos mesmos, mas, estes também, mostram a face dos desafios à participação dos setores da sociedade civil para verem inscritas suas demandas nas políticas públicas.

Contraditoriamente a abertura de um espaço popular, de comunicação com o CMS e a população, os CLS são instituídos para acompanhar preceitos nacionais de descentralização, apresentam resultados e avanços significativos, mas não tem

uma presença em termos de poder nas deliberações em saúde pública. Observamos que há uma socialização da política, mas, no entanto, não há uma socialização do poder na instância pesquisada.

Não se pode esperar que a abertura de processos democráticos aconteça de forma harmônica, o próprio estudo demonstrou aspectos contraditórios de uma construção coletiva (composta por diferentes segmentos que compõem o universo de saúde pública municipal). No estudo de caso feito evidenciou-se o papel da política de governo adotada pelo gestor municipal e do CMS em fomentar a apoiar iniciativas de participação de grupos comunitários. Neste sentido, a participação social nas instâncias de gestão de políticas públicas é um instrumento para se adentrar no interior dos aparelhos de Estado e de busca de ampliação do mesmo, conforme nos falava Gramsci.

A conquista brasileira de ter esse instrumento institucionalizado no interior das legislações sociais é realmente significativo para o avanço de movimentos e tendências contra-hegemonicas à lógica conservadora e hegemônica que dominou historicamente as políticas nacionais. Os municípios, por sua vez, são o palco mais apropriado para que a ampliação de espaços contra-hegemônicos se efetive.

No município de Ponta Grossa, para essa ampliação, através da formalização dos CLS, houve a somatória de determinantes como: uma demanda emergente (falta de serviços e/ou má qualidade do atendimento em Unidades Básicas de Saúde) manifestada por grupos comunitários, a proposta política da administração municipal em fomentar a participação popular na gestão 2001 – 2004, as diretrizes nacionais do SUS, que propagam perspectivas democráticas e participativas de gestão e de controle social, e a existência de um fórum municipal, o Conselho Municipal de Saúde, que incorporou a demanda por participação de

grupos comunitários no seu interior. Toda essa movimentação política e social resultou na institucionalização de um novo modelo, ou um novo mecanismo de gestão e de participação, que ainda precisa ser qualificado para ganhar mais efetividade.

Vale lembrar que essa demanda por participação não se expressou somente naquele momento – ano de 2002, ela é anterior, pois já constava no Relatório Final da 1ª Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa, realizada em 1995 a ênfase à participação popular e ao controle social, e se reclamava pela criação de canais para estes fins.

Durante a gestão municipal 2001 – 2004, houve uma conjuntura favorável para a institucionalização do canal e da estruturação da participação através dos CLS, ainda que composta por dificuldades de articulação entre os conselhos, limitação nas decisões, falta de conhecimento, por parte dos conselheiros, sobre as políticas de saúde nacional estadual e municipal, minimizadas somente após o processo de capacitação realizado entre 2003 e 2004.

O nível de participação dos CLS, mesmo que limitado, na deliberação de questões que compõem a gestão de políticas públicas no município já “... *acabam influenciando (...) talvez não com o impacto esperado (...) mas eu acredito que isso faz a diferença.*” (CM1)

Na gestão municipal, os CLS têm muito mais a função de apontar os problemas e denunciar as ocorrências na sua área de abrangência, do que propriamente contribuir na formulação e gestão das políticas de saúde municipal, como pudemos observar na fala da conselheira CM1: “*Infelizmente as demandas que vem dos CLS são mais na área do atendimento nas Unidades de Saúde (...) a questão da consulta do médico, da falta de remédios e de exames (...) eles atuam mais na área de fiscalização (...) dentro de um conceito policial...*”

Recuperando novamente os termos de Carvalho (1995), os conselhos parecem estar mais capacitados para “**impedir o Estado de Transgredir**”, do que “**induzi-lo a agir**”, reproduzindo muitas vezes as atitudes do próprio CMS.

Há que se avançar nesse sentido, para que o controle social apregoado pelos preceitos do SUS, pelos regulamentos do CMS, pelas propostas de governo não fiquem limitadas à legislação, mas sejam materializadas na prática. Também consideramos, juntamente com os sujeitos de pesquisa, um avanço (construído coletivamente com vários segmentos) o município de Ponta Grossa contar com esse espaço de gestão coletiva, como os CLS e CMS. Este espaço precisa percorrer novas dimensões para qualificar a participação num grau que a caracterize como política e social, numa perspectiva em que haja igualdade de oportunidade de discussão e deliberação das questões que cercam a política municipal de saúde. Tal aspecto nos é permitido expor, inclusive fazendo referência a situações similares que acontecem no interior dos Conselhos gestores de políticas públicas em várias instâncias⁸⁶.

Ao finalizar esse trabalho acreditamos que alcançamos o objetivo proposto e ficam respondidas as questões norteadoras que moveram esta pesquisa sobre a participação e o nível de interferência que os CLS têm sobre a política municipal de saúde.

A pesquisa realizada qualificou a experiência profissional acumulada nos vinte e cinco anos de vínculo orgânico com a formulação, gestão e execução de políticas de saúde no estado do Paraná e mais especificamente em Ponta Grossa, pois investigar a participação social, através dos CLS, oportunizou um olhar mais atento sobre essa temática e, com certeza abriu novas perspectivas para a continuidade deste estudo.

⁸⁶ Veja-se os estudos de TATAGIBA (2002) e de FUKS, M, PERISSINOTO, N, SOUZA, N. (orgs) (2004)

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. A Política da Política de Saúde no Brasil. In LIMA, N. T. et al (org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo e sociedade civil. Para uma teoria geral da política**. 7 ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1999.

_____, N. BOVERO, M. **Sociedade e Estado na Filosofia Política Moderna**. São Paulo : Brasiliense, 1986.

BOTTOMORE, T. OUTHWAITE, W. **Dicionário do Pensamento Social do Século XX**. Rio de Janeiro : Jorge Zahar Ed, 1996.

BRANDÃO, A Liberalismo, Neoliberalismo e Políticas Sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo : Cortez. N.36, 84-100, 1991.

BRAVO, M. I. S., PEREIRA, P. A. P. (org.) **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRASIL. **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Tradução: Luiz Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Resolução No 333, do Conselho Nacional de Saúde, 2003.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Ed. Tecnoprint S.A. 1988.

_____. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Coleção PROGESTORES 2003 – Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Lei No. 8080, de 19 de dezembro de 1990. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle Social. Guia de referência para conselheiros municipais**, Brasília, 1998.

_____. Lei No. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Ministério da Saúde. **O SUS e controle social. Guia de referência para conselheiros municipais**, Brasília, 1998.

_____. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=411990&r=1>. Acesso em setembro 2006.

_____. Instrução normativa número 01/97, de 15 de maio de 1997. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de municípios, de estados e do distrito federal as condições de gestão criadas pela **NOB SUS 01/96**. Brasília, Diário oficial da união de 15/05/97.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de Capacitação** para Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília, 2002.

CANESQUI, A. M. (org) **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo : Editora Hucitec / Abrasco, 1997.

CARVALHO, A I **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

_____, M. C. B. Gestão Social: alguns apontamentos para o debate. In RICO, E. M. e DEGENSAJN. R R.(org). **Gestão Social: uma questão em debate**. São Paulo : EDUC; IEE, 1999.

CASTRO. A B. Espaço Público e cidadania: uma introdução ao pensamento de Hannah Arendt. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo : Cortez, 1999, n.59.

CHAVES, N. B. (org.) **Visões de Ponta Grossa**. Ed. UEPG, Ponta Grossa: 2001

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação dos Conselhos de Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

_____, M. V. C. **Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumentos**. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ. 2000.

COHN, A. Os governos municipais e as políticas sociais. In SOARES, J. A. e CACCIA BAVA, S.(org) **Os desafios da gestão municipal democrática**. São Paulo : Cortez, 1998.

_____, M. G. **Movimentos Sociais e Lutas pela Moradia**. São Paulo: Ed. Loyola, 1991.

_____, A. Estado, Políticas Públicas e Saúde. In: **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec ABRASCO, 1997

COUTINHO, C N **Democracia e Socialismo**. São Paulo : Cortez, 1992 – Coleção Polêmicas do Nosso Tempo.

DAGNINO, E. (org) **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo : Paz e Terra, 2002.

DANTAS, H. Democracia e Saúde no Brasil: uma realidade possível?: São Paulo: Ed. Paulos, 2006.

DITZEL. C. H. M.; SAHR, C. L. L. (org.) **Espaço e Cultura: Ponta Grossa e os Campos Gerais**. Ponta Grossa: Ed. UEPG, 2001.

DOWBOR, L. **A reprodução Social: propostas para uma gestão descentralizada**. 2ª ed. Petrópolis : Vozes, 1998.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In LIMA, N. T. et al (org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

FLEURY, S.M. Municipalização da Saúde e Poder Local no Brasil. **Revista de Administração Pública**, V. 31 No. 5, São Paulo: 1997

FISCHER, T. (org.) **Poder Local: governo e cidadania**. Rio de Janeiro: F.G.V., 1993.

FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. M.; SOUZA, N. R. (org.). **Democracia e Participação: os conselhos gestores do Paraná**. Curitiba: Ed. UFPR, 2004.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores: a participação sóciopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001 (Coleção questões da nossa época; v. 84).

_____, M. G. **Movimentos Sociais e educação**. São Paulo : Cortez, 1992.

GRAMSCI, A. **Maquiavel, a Política e o Estado Moderno**. 7ª ed. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 1989

GRUPPI, Luciano. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. Tradução Carlos Nelson Coutinho, 2ª ed. Graal, 1980.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA. Sociedade Civil e democracia: reflexões sobre a realidade brasileira. in **IDÉIA**. Revista do instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP. 1998/1999. Dossiê: os movimentos sociais e a construção democrática. p. 13-42 .

HELD, D. **Modelos de Democracia**. Belo Horizonte : Editora Paidéia, 1987.

IANNI, O **Estado e Planejamento Econômico no Brasil, (1930 – 1970)**, 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

IAMAMOTO, M. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In Em questão: **Atribuições privativas do (a) Assistente Social**. Brasília : ABEPSS, 2002.

JUNQUEIRA, L. P. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In CANESQUI, A. M. (org) **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo : Editora Hucitec / ABRASCO, 1997.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In. LIMA, N. et. al (org.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

_____, M. E. & SILVA. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. In: **Cadernos de Saúde Pública**. V. 17 No. 1. Rio de Janeiro: 2001.

LANDIM, L. **Ações em Sociedade: militância, caridade, assistência etc**. Rio de Janeiro : 1998.

LUIZ, I. C. et al. Considerações sobre as Ações Integradas de Saúde em Ponta Grossa – Paraná. **Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização** em Saúde Coletiva. Curitiba: 1986.

LUIZ, D.E.C. A organicidade da Sociedade Civil pontagrossense. São Paulo, 1997. **Dissertação de Mestrado** – Programa de estudos Pós-graduados em Serviço Social Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MÉDICI, A C. **Evolução da Estrutura do Sistema de Saúde no Brasil**. Disponível em <<http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty>>. Acesso em 12 mar. 2006.

MENDES, E.V. O Sistema Único de Saúde: um processo em construção. In: **Uma Agenda para a Saúde**. Hucitec, São Paulo, 1996.

_____, E.V.; PESTANA, M. **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2004.

MINAYO, M. C. O. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4^a ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1996.

MIRANDA, C. ANTONECHE, D. CAMPOS, L. M. S. SANTOS, R. K. e MOREIRA, T. **Relatório de Pesquisa Realizada nos Conselhos Locais de Saúde de Ponta Grossa: Avaliação do Projeto de Capacitação para Conselheiros Locais de Saúde**. Ponta Grossa, UEPG, 2004.

MOTA, E. A et al., (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

NICZ, L. F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, E. L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1982, cap. 3, p.163-197.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. São Paulo : Cortez, 2004.

OLIVEIRA, F. Privatização do Público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In: : **Os sentidos da democracia – Políticas do dissenso e hegemonia global**. 2^a ed. Petrópolis: Vozes; Brasília: NEDIC, 1999.

_____, F. **Estado, Sociedade, Movimentos Sociais e Políticas Públicas no Limiar do século XXI**. Texto dig. 1994.

OLIVEIRA, H. M. **Cultura Política e Assistência Social: uma análise das orientações de gestores estaduais**. São Paulo: Cortez, 2003.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde – SESA, CIDS, **Perfil Epidemiológico Municipal**, 2006.

PAULA, J. C. M. Poder Local em Ponta Grossa: considerações sobre sua evolução. In **Espaço e Cultura: Ponta Grossa e os Campos Gerais**. Ponta Grossa: Ed. UEPG, 2001.

PINTO, E. A e GONÇALVES, M. A **Ponta Grossa – um século de vida.** (1823 – 1923). Ponta Grossa. Kugler Artes Gráficas, 1983.

POLIGNANO, M. V.; **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Belo Horizonte, UFMG, 2001.

PONTA GROSSA, **Relatório Final da I Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa.** Conselho Municipal de Saúde, 1995.

_____, **Relatório Final da IV Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa.** Conselho Municipal de Saúde, 2001.

_____, **Relatório Final da V Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa.** Conselho Municipal de Saúde, 2003

_____, **Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa.** Conselho Municipal de Saúde, 2005.

RAICHELIS, R. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática.** São Paulo : Cortez, 1998.

RICO, E. M. e DEGENSZAJN. R R.(org). **Gestão Social: uma questão em debate.** São Paulo : EDUC; IEE, 1999.

RODRIGUES NETO, E. **Promessas e Limites da Constituição.** (Org.) TEMPORÃO, J. G. ; ESCOREL, S. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ROUANET, S. P. **As razões do iluminismo.** São Paulo: Companhia das letras, 2004.

ROUSSEAU, J. J. **Do Contrato Social:** Ensaio sobre a origem das línguas; Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens; Discurso sobre as ciências e as artes. 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena.** Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1988.

SCHILLING, V. **História por.** Disponível em: <http://educaterra.terra.com.br/voltaire/500br/coronelismo.htm>)

SEMERARO, G. **Gramsci e a sociedade civil: cultura e educação para a democracia.** 2ª ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2001.

SILVA, S. F. **Municipalização da Saúde e Poder Local: sujeito, atores e políticas.** São Paulo: Hucitec, 2001

_____, S.F. **Situação Atual dos Serviços de Assistência Médica no Município de Ponta Grossa – Paraná: colaboração para as Ações Integradas de Saúde.** Documento preparado para apresentação junto ao Curso de Saúde Pública promovido pela FCMR/SESB/FIOCRZ/ENSP. Curitiba: 1985.

SILVA, M. O. S. (org) **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo : Veras Editora, 2001.

SILVA, A S As relações Estado-sociedade e as formas de regulação social
In **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília : UnB,
Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, Módulo 2, 1999.

SOARES e GONDIM, IN vários autores. **Os desafios da gestão municipal democrática**. São Paulo : Cortez, 1998

SOARES, J. A. e CACCIA BAVA, S.(org.) **Os desafios da gestão municipal democrática**. São Paulo : Cortez, 1998.

SIQUEIRA, R. B. Conselhos de Políticas e Participação Democrática: Análise dos Setores Saúde e Assistência Social em Ponta Grossa – Pr 2006. **Dissertação de Mestrado** – Universidade Estadual de Ponta Grossa- Pr.

TATAGIBA, L. **Análise da literatura sobre as experiências recentes de participação da sociedade civil na formulação e/ou implementação de políticas públicas**. Relatório Final, fevereiro 2000. Projeto Civil Society and Governance. Texto digitado.

_____, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In DAGNINO, E. (org.) **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo : Paz e Terra, 2002.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J. P. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: Trajetória do Debate Conceitual, Situação Atual, Desafios e Perspectivas. In LIMA, N. T. et al (org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

TELLES, V. Sociedade Civil e os Caminhos (incertos) da Cidadania. IN **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo: Fundação SEADE, vol 8, n. 2 - abr - jun, 1994.

TRIVINOS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo : ATLAS, 1987.

UGÁ. M.^a D.; MARQUES. R. M. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In LIMA, N. T. et al (org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

VÁZQUEZ, A. S. **A Filosofia da Práxis**. 3º ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1986.

VIEIRA, E. **Democracia e Política Social**. São Paulo : Cortez,1992

WEFFORT, F. C. (org.) **Os Clássicos da Política** 1º volume. São Paulo: Ed. Ática, 2004.

WENDHAUSEN, A. **O duplo sentido do Controle Social: (des) caminhos da participação em saúde**. Itajaí : Ed. UNIVALI, 2002.

ANEXOS