

Pedro Fauth Manhães Miranda

DEMOCRACIA & PARTICIPAÇÃO SOCIAL:

a materialização política das conferências municipais
de saúde de Ponta Grossa



Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Autor

Prof.ª Me. Pedro Fauth Manhães Miranda

Capa

AYA Editora

Revisão

O Autor

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências Sociais Aplicadas

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa

Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab.

Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Me. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos

Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira

Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia

Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de

Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kowaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia

do Ceará, Campus Ubajara

Prof.º Me. José Henrique de Goes

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

Universidade Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.^a Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.^o Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.^o Me. Luiz Henrique Domingues

Universidade Norte do Paraná

Prof.^o Dr. Milson dos Santos Barbosa

Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.^o Me. Myller Augusto Santos Gomes

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.^a Dr.^a Pauline Balabuch

Faculdade Sagrada Família

Prof.^o Me. Pedro Fauth Manhães Miranda

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.^o Dr. Rafael da Silva Fernandes

*Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus
Pauapebas*

Prof.^a Dr.^a Regina Negri Pagani

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.^o Dr. Ricardo dos Santos Pereira

Instituto Federal do Acre

Prof.^a Ma. Rosângela de França Bail

Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.^o Dr. Rudy de Barros Ahrens

Faculdade Sagrada Família

Prof.^o Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

Universidade Federal do Piauí

Prof.^a Ma. Silvia Aparecida Medeiros

Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.^a Dr.^a Silvia Gaia

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.^a Dr.^a Sueli de Fátima de Oliveira

Miranda Santos

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.^a Dr.^a Thaisa Rodrigues

Instituto Federal de Santa Catarina

Prof.^o Dr. Valdoir Pedro Wathier

*Fundo Nacional de Desenvolvimento Educacional,
FNDE*

© 2022 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelo autor para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). As ilustrações e demais informações contidas neste Livro, bem como as opiniões nele emitidas são de inteira responsabilidade de seu autor e não representam necessariamente a opinião desta editora.

M672 Miranda, Pedro Fauth Manhães

Democracia e participação social: a materialização política das conferências municipais de saúde de Ponta Grossa [recurso eletrônico] / Pedro Fauth Manhães Miranda. -- Ponta Grossa: Aya, 2022. 202 p.

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5379-048-3

DOI: 10.47573/aya.5379.1.53

1. Democracia. 2. Ação popular. 3. Participação política. 4. Política de saúde – Ponta Grossa (PR). I. Título

CDD: 306

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

**International Scientific Journals Publicações
de Periódicos e Editora EIRELI**

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	9
1. RELAÇÕES DE PODER ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL	14
1.1. RELAÇÕES DE PODER ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NA MODERNIDADE ...	14
1.2. O ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO .	25
1.3. DEMOCRACIA PARTICIPATIVA	32
1.4. DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA E ADMINISTRATIVA.....	47
1.5. PODER LOCAL.....	53
2. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	63
2.1. BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE	63
2.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS ..	75
2.3. CONSELHOS E CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE: ESPAÇOS DE EXPRESSÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL...	91
3. A MATERIALIZAÇÃO POLÍTICA DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE PONTA GROSSA – 2009 E 2011	107
3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA E ELEMENTOS DE SUA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	107
3.2. A MATERIALIZAÇÃO POLÍTICA DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE PONTA GROSSA.....	118

3.2.1. O papel das conferências municipais de saúde na política de Ponta Grossa (período anterior)	121
3.2.2. Composição das conferências municipais (períodos anterior e simultâneo)	130
3.2.3. Ações estratégicas presentes no relatório final das conferências (período simultâneo). 146	
3.2.4. A materialização política das conferências de saúde nos planos municipais de governo (período posterior).....	161
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	182
REFERÊNCIAS.....	190
SOBRE O AUTOR	198
ÍNDICE REMISSIVO	199

APRESENTAÇÃO

Defendida junto ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), a dissertação transformada no presente livro é lançada diante do retrocesso democrático que o Brasil enfrenta. A atual gestão do Poder Executivo Federal extinguiu vários conselhos de participação social (Decreto 9.759/2019), reduzindo muito a capacidade de intervenção política da sociedade civil, o que configura uma atuação sistemática do próprio governo, que se mantém até hoje, contra a democracia. Para melhor compreender como chegamos ao presente estado de contrariedade à democracia participativa, é preciso retroceder um pouco no tempo, analisando não apenas a política a nível federal, mas também localmente. É neste sentido que o presente trabalho se coloca, pois seu objetivo geral é compreender a atuação da participação social na materialização política das Conferências Municipais de Saúde de Ponta Grossa, nos anos 2009 e 2011.

As Conferências Municipais de Saúde compreendem as relações de poder estabelecidas a nível localizado, provindos tanto da Sociedade Civil como da Sociedade Política, interessados nos frutos que a influência deste colegiado pode gerar. Espera-se verificar, assim, a correspondência (ou não) de interesses entre as esferas administrativa e participativa. Para tanto, a pesquisa foi desenvolvida por meio de estudo de caso quantiquantitativo, guiado pelo método marxiano, enfocando na materialização das ações estratégicas dos relatórios finais das Conferências Municipais de Saúde de Ponta Grossa (CMSPG), nos anos 2009 e 2011. A dimensão quantitativa da análise foi realizada através da organização e codificação do material, de modo a extrair dos documentos a presença dos delegados nas CMSPG, e as taxas de materialização das ações estratégicas presentes nos relatórios finais das CMSPG nos planos de governo. Dos resultados atingidos, passou-se à dimensão qualitativa da análise, na qual foram entrevistados quatro sujeitos significativos deste processo, de forma a apreender suas experiências e percepções acerca do mesmo, o que nos possibilitou confrontá-las com os dados quantitativos, regulamentos normativos e pesquisas conexas. Como resultado da pesquisa de campo, verificou-se que a atuação das

CMSPG não se dá a partir de um pensamento coletivo organizado entre os segmentos que as compõem, visto que a participação é reduzida e pouco capacitada, havendo relações desiguais de poder. Tal conjuntura resulta num relatório final pouco objetivo e sem articulação com a gestão administrativa da saúde pública local. Esta, por sua vez, desconsidera a maioria das ações presentes nos relatórios das CMSPG, evidenciando as necessidades recorrentes da saúde pontagrossense.

Prof.^a Me. Pedro Fauth Manhães Miranda

INTRODUÇÃO

As relações de poder são um componente fundamental na vida de qualquer cidadão, quer ele seja dominante ou não, pois tal elemento está presente na política, na economia e no próprio meio social em que este cidadão se encontra. Tais relações amparam resoluções dos governantes, decisões dos empresários e, inclusive, legitimam a dominação de classes, sendo, portanto, um componente difuso, no qual se baseia nossa realidade multifacetada. Não depende da vontade fazer parte ou não das relações de poder, pois a elas, estamos inexoravelmente conectados. Portanto, é um vasto campo de estudo, prolífico para qualquer pesquisador, interessado em compreender as problemáticas humanas e sociais de qualquer tempo ou espaço.

Por serem capazes de promover transformações ou embasar o status quo, as relações de poder, no campo político, passaram, a partir da modernidade, a ter normatizações e limites relativamente mais bem traçados, por meio do Direito. Com isso, ocorreu a socialização política, por meio do qual o Estado passou a estabelecer relações de poder com a Sociedade Civil, aproximando-a de sua contraparte, a Sociedade Política. Através desta relação, a participação tornou-se, gradativamente, mais comum, por meio de associações, sindicatos e, posteriormente, colegiados fiscalizadores, deliberativos e consultivos, fazendo com que os cidadãos, de meros eleitores, se tornassem cogestores da coisa pública.

Estado e Sociedade Civil deixam de ser figuras contrapostas para tornarem-se elementos de uma mesma totalidade. Por considerar esta mudança da Sociedade Civil, para uma vertente mais participacionista, Gramsci nos parece ser o teórico mais adequado para, epistemologicamente, servir de referência a esta pesquisa. Certos aspectos da socialização política gramsciana encontram-se presentes na realidade brasileira, tendo como um de seus marcos a Constituição de 1988, cujo texto positivou a Democracia Participativa, que, aliada à Representativa, tem por objetivo suprir falhas e omissões desta. Para tanto, são formalizadas formas de controle social, ou seja, meios de segmentos organizados da Sociedade Civil auxiliarem na formulação de políticas públicas e fiscalizarem a atuação estatal.

Paralelamente à participação, a redemocratização brasileira baseou-se também

no expediente da descentralização. Implementada na esfera política e na administrativa, tal medida trouxe novos sujeitos às relações de poder, ramificando-as para âmbitos mais locais, tanto do Estado (prefeituras, secretarias, conselhos e conferências municipais etc.), como da Sociedade Civil (observatórios sociais, associações de bairro, agremiações etc.). Com a institucionalização destes órgãos e a instrumentalização de grupos sociais organizados, tem-se a potencialização das forças e sujeitos locais, tanto da Sociedade Civil como da Sociedade Política.

Em relação às políticas públicas sociais – saúde, educação e assistência social –, as medidas participativas, aliadas às descentralizadoras, criaram dois instrumentos de máxima importância para a gestão pública: os Conselhos de Políticas Públicas e suas Conferências. Presentes em todos os níveis federativos da República brasileira, tais órgãos promovem a inclusão de novos sujeitos nas relações de poder e descentralizam a gestão administrativa destas políticas, inclusive a nível municipal.

Sendo um estudo de caso, esta pesquisa se foca na realidade do município de Ponta Grossa, examinando a atuação das Conferências Municipais de Saúde (CMSPG). Para que as ações presentes nos relatórios finais destas CMSPG sejam efetivadas em políticas públicas é preciso, primeiramente, que sejam materializadas nos planos governamentais. Frisamos que materialização compreende o processo de inclusão, nos respectivos planos municipais de governo, das ações estratégicas constantes nos relatórios finais das respectivas conferências.

O estudo justifica-se pela possibilidade de participação da Sociedade Civil na esfera política – seja a nível nacional, estadual ou municipal –, bem como pelo receio da Sociedade Política em permitir que os sujeitos daquela tomem uma posição ativa nas relações de poder. A pesquisa se evidencia, portanto, fundamental por analisar potências antagônicas no campo de atuação mais tangível – o município –, a partir da participação social, elemento com potencial igualmente transformador e conservador.

Para tanto, os objetivos específicos da presente pesquisa compreendem cinco metas, quais sejam: sistematizar, sob um viés crítico, uma fundamentação teórica das categorias correlatas ao tema; caracterizar o município de Ponta Grossa, seu Conselho de

Saúde e as Conferências Municipais de 2009 e 2011; delinear a atuação da participação social pontagrossense com recorte no contexto das duas conferências; confrontar as ações estratégicas das conferências de 2009 e 2011, verificando sua materialização ou não nos respectivos planos municipais; desvendar os possíveis significados da materialização das conferências municipais.

Em face dos objetivos propostos, a metodologia utilizada foi a do estudo de caso qualiquantitativo, guiado pelo método marxiano (do concreto abstrato ao concreto pensado). Por meio do estudo de caso, a participação social foi enfocada sob o processo de materialização das ações estratégicas propostas nas CMSPG, no período 2009-2011. Já o método marxiano nos permitiu estabelecer primeiramente o “concreto abstrato”, o qual nasce a partir de variados contextos e análises, de modo a identificar dimensões e totalidades relativas, mas ainda não o fenômeno em si. A investigação deste, por sua vez, deu-se por meio da análise de conteúdo dos dados coletados e entrevistas realizadas, terminando por gerar o “concreto pensado”.

A análise de dados sobre a materialização política das conferências de saúde de Ponta Grossa se deu por duas frentes: a partir dos dados quantitativos coletados sobre tal fenômeno, e das entrevistas com sujeitos representativos desta realidade.

Quantitativamente, as taxas de materialização das CMSPG de 2009 e 2011 foram expostas, a partir das quais uma análise de dados foi realizada. Porém, a materialização das CMSPG, mostrou-se, na verdade, apenas o resultado final de um complexo processo participativo. Neste processo, segundo os dados levantados e os documentos averiguados, primeiramente há uma seleção de sujeitos representativos que irão compor as sessões participativas; depois, as conferências são realizadas, formalizando um relatório final; por último, este documento é utilizado como fonte, pela Secretaria Municipal de Saúde, para compor, junto a outras fontes, o plano de governo. Tal processo trifásico caracteriza a materialização política das conferências.

Categorizados e examinados quantitativamente os dados sobre a materialização das CMSPG, passamos à análise qualitativa destes, tendo por embasamento os depoimentos dos sujeitos entrevistados¹. A seleção destes se deu a partir da identificação de sujeitos-

¹ Frisamos que o projeto desta pesquisa obteve parecer consubstanciado favorável, pelo Conselho de Ética em Pesquisa

-chave do processo desenvolvido, quais sejam: os presidentes do Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa em 2009 e 2011; a superintendente da saúde municipal em 2011 e, diante da recusa do superintendente de 2009, um delegado do segmento do governo na conferência deste ano.

Por estarem os dois anos examinados contemplados, cada qual por um representante do segmento do governo, bem como por um de outro segmento não governamental, acreditamos que a cobertura do processo em questão foi consumada. Com a referida análise de dados, buscamos chegar à essência do fenômeno, depois de sintetizadas suas múltiplas determinações.

Por fim, o livro ficou deste modo estruturado:

- O primeiro capítulo abordou as relações de poder entre Estado e Sociedade Civil, inserindo-as na modernidade e elencando categorias a elas correlatas, pertinentes ao presente estudo, quais sejam: o Estado Democrático de Direito, a Democracia Participativa, a Descentralização Política e Administrativa e, por fim, o Poder Local. Tais categorias teóricas são características da redemocratização no país, pois, sob influências diversas de teorias como o neoliberalismo, o socialismo, o Estado de Bem-Estar Social e outras, aliam-se à socialização das relações de poder, de modo a conectar as Sociedades Civil e Política, numa aproximação do conceito de Estado Ampliado, de Gramsci.

- As bases para o segundo capítulo foram estabelecidas, pois as políticas públicas de saúde foram e continuam sendo produto desta relação complementar (e, por vezes, antagônica) de conceitos e forças. Neste trabalho, a questão das políticas públicas de saúde engloba o seu histórico e o Sistema Único de Saúde – SUS, mas por se focar no município, também analisa os Conselhos Municipais de Saúde e suas Conferências. Em face desta articulação, faz-se necessário analisar a sua estrutura como um todo, ainda que o nosso enfoque seja local. Ademais, a dimensão local não é atomizada, separada em absoluto das outras esferas; ao contrário, os interesses dos atores e grupos localizados se relacionam com aqueles de dimensão mais ampla, formando uma conexão recíproca entre as inúmeras vontades e ambições.

Os Conselhos e as CMS, que fazem parte da estrutura do SUS, acabam por externar essa pluralidade de concepções e categorias teóricas em suas atuações, sendo tal situação brevemente abordada ao final do segundo capítulo, mas de modo mais específico no terceiro, quando a dissertação enfoca as CMSPG.

- O derradeiro capítulo, por todo o exposto, se debruça sobre as expressões da participação social pontagrossense verificadas nas CMSPG de 2009 e 2011, através do processo de materialização de suas ações estratégicas nos respectivos planos de gestão municipal, caracterizando-o tanto quali como quantitativamente. Deste modo, entendemos ser possível construir um panorama sobre as expressões da participação social nas CMSPG e, de modo reflexo, na política municipal de saúde. Neste capítulo, pretende-se, portanto, alcançar o “concreto pensado” do objeto desta pesquisa. Ademais, estando as CMS presentes em cidades de todo o país, acredita-se que as conclusões aqui alcançadas poderão servir, guardadas as devidas proporções, para outros municípios brasileiros.

1. RELAÇÕES DE PODER ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL

Por toda a História, surgiram e ainda surgem inúmeras teorias que versam sobre as relações de poder entre Estado e Sociedade Civil. De conceituação abstrata, mas inegavelmente sentidas, principalmente por aqueles nelas subjugados, as relações de poder já estiveram mais concentradas no Estado, quando este era caracterizado como absolutista, bem como na Sociedade Civil, num período em que esta se erigia através de princípios econômicos do liberalismo clássico.

Tais mudanças nas relações de poder foram percebidas especialmente a partir da modernidade, com as teorias contratualistas e as revoluções industrial e burguesa, caracterizando um período de novas configurações das relações entre Estado e Sociedade Civil. Estas mutações, entretanto, não são exclusivas de outrora, sendo improvável que a partilha do poder entre Estado e Sociedade Civil encontre-se algum dia formatada de maneira imutável, pois ela sempre se diferencia no tempo e espaço.

E esta indeterminação em relação à partilha do poder é ainda mais evidente no Brasil, em face de sua relativamente recente democratização, que trouxe novos instrumentos políticos e originou inéditas exteriorizações de poder. Desta feita, apesar de possuir, hoje em dia, alguns contornos formais delimitados, as relações de poder na política brasileira ainda possuem zonas de incerteza, com tensões constantes, de modo a fomentar os interesses mais diversos.

Atualmente, as figuras do Estado e da Sociedade Civil ora se complementam e ora se contrapõem de maneira ímpar, segundo seus fundamentos e valores, formando um complexo de poder em constante mutação, o qual passa a ser examinado a seguir.

1.1. RELAÇÕES DE PODER ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NA MODERNIDADE

A partir da modernidade, impulsionada pelo Iluminismo, uma nova concepção de mundo é criada. O homem passa a ser valorizado como sujeito de direitos naturais, a razão substitui a fé e a ciência torna-se instrumento, legitimando descobertas e criando suas

próprias verdades.

Abriram-se as portas do mundo para que este fosse conhecido e modificado. A natureza passou a ser um bem em si mesma, a ser transformada e conquistada. O homem, pela razão, passou a conhecer seus desejos e mistérios. Teve início uma nova estrutura social e econômica e, conseqüentemente, deu-se um novo processo societário envolvendo maneiras de pensar, práticas morais e ideias éticas, formas de consciência religiosa, de arte e de conceber a ciência. (PEREIRA, 2001, p.23).

Apesar de tal mudança de paradigma ter surgido entre os séculos XVII e XVIII, o pensamento deste período, mesmo que reformatado, encontra-se muito presente nas discussões sociopolíticas atuais.

A perspectiva da qual se parte é a de que estamos vivendo uma nova etapa da modernização na qual características anunciadas na primeira modernidade são radicalizadas. A sociedade globalizada atual radicalizou e intensificou vários aspectos anunciados na modernidade e, paradoxalmente, impingiu-lhe novas características. Passa-se da era industrial para a chamada “era da informação ou do conhecimento”. (MARTELLI, 2010, p.125)

Desta forma, a proposta da modernidade não atingiu plenamente suas intenções, as quais, se orientadas para a emancipação da humanidade, podem instrumentalizar o protagonismo da sociedade civil na condução da História.

Para que isto ocorra, é preciso que esta Sociedade Civil se encontre fortalecida nas relações de poder, para que possa promover as transformações necessárias contra a ideologia dominante. E há teorias de pensadores modernos que seguem esta orientação, assim como há outras que defendem um caráter mais formalista, oficial para o poder. Entendemos que, hodiernamente, esta questão está presente de forma mais incisiva no debate entre gramscistas e neoliberais. Mas antes de chegarmos a esta discussão, é preciso analisar o conceito de poder.

Abordado desde a antiguidade, o poder já foi estudado sob inúmeros aspectos, destacando-se três teorias: a substancialista, a subjetivista e a relacional.

Nas teorias substancialistas, o poder é concebido como uma coisa que se possui e se usa como um outro bem qualquer. Típica interpretação substancialista do poder é a de Hobbes, segundo a qual “o poder de um homem... consiste nos meios de que presentemente dispõe para obter qualquer bem visível futuro” [1961, trad. it. p. 82]. [...] Típica interpretação subjetivistas do poder é a exposta por Locke [1694, II, XXI], que por “poder” entende não a coisa que serve para alcançar o objetivo mas a capacidade do sujeito de obter certos efeitos [...]. Porém a interpretação mais aceita no discurso político contemporâneo é a terceira, que se remete ao conceito relacional de poder e estabelece que por “poder” se deve entender uma relação entre dois

sujeitos, dos quais o primeiro obtém do segundo um comportamento que, em caso contrário, não ocorreria. (Grifo do autor) (BOBBIO, 2007, p.77-78).

Ainda que Bobbio entenda que a interpretação relacional não exclua a existência das outras, a compreensão relacional é, atualmente, a mais usual na análise do poder, concebendo as suas relações como um fenômeno orgânico e relativo, porque completamente dependente das subjetividades e interesses dos sujeitos que as compõem.

Entretanto, os interesses que fundamentam as ações destes sujeitos nem sempre são facilmente verificáveis – podem encontrar-se diluídos em crenças, costumes e leis – ou mesmo delimitáveis – sujeitos antagônicos podem ter objetivos convergentes e até mesmo idênticos. Por outro lado, a probabilidade dos interesses se colidirem é ainda maior, já que na atual sociedade globalizada, inúmeros sujeitos, inclusive internacionais, disputam entre si nas relações de poder para fazerem valer seus objetivos. A dinamicidade das relações de poder é, portanto, comprovada, apesar de sua constante “soma zero”.

O poder tem, portanto, um caráter relacional recíproco, mas também sugere desequilíbrio, no momento em que há atores que exercem o poder enquanto outros a ele se submetem. O exercício do poder é um jogo de forças antagônicas em que há dominação eventual, mas que supõe uma margem de liberdade e de possibilidade de ação. (FISCHER, 1993, p.12).

Em suma, o poder é “o nome atribuído a um conjunto de relações que formigam por toda a parte na espessura do corpo social” (LEBRUN, 1985, p.20), e os atores mais bem instrumentalizados e com maior influência, certamente, terão maior possibilidade de concretizar seus interesses. Sendo o poder resultado das relações entre inúmeros atores sociais e políticos, os quais se encontram numa determinada realidade histórica, caracterizada, especialmente após o surgimento da modernidade, por um Estado e uma Sociedade Civil peculiares, o respaldo destas instituições na consecução do poder ambicionado é de suma importância. Neste sentido, os pensadores modernos criaram várias teorias sobre as figuras do Estado e da Sociedade Civil, dotando de poder os atores e instituições que lhes convinham e/ou pareciam mais aptos a ser instrumentalizados.

Nas Ciências Sociais, atualmente, entre as principais teorias a sistematizar o debate da partilha do poder entre Estado e sociedade civil, estão a gramscista e a neoliberal, pois suas ideologias sustentam, em maior ou menor grau, e por vezes simultaneamente, alguns dos instrumentos políticos característicos das últimas décadas. Sustentam, inclusi-

ve, como verificaremos, os Conselhos Gestores e as Conferências de Políticas Públicas.

O Neoliberalismo é uma ideologia surgida de alguns fatores, dentre os principais a expansão do mercado global, a crise econômica da década de 70 e a crise do Estado de Bem-Estar Social. Tendo por metas contornar as referidas crises e se aproveitar do mercado em desenvolvimento, tal corrente propôs drástica redução da soberania estatal sobre a economia, também limitando os gastos sociais com o povo.

No plano dos direitos sociais, conquistados nas décadas anteriores, passou-se para um processo de reformas nas funções do Estado, com a quebra dos direitos previdenciários, redução dos gastos na área social, mudanças nas leis trabalhistas e diminuição da regulação, permitindo o livre fluxo de capitais. Foi uma retomada dos ideais do liberalismo clássico: as ideias de que o indivíduo é responsável pelo seu desenvolvimento, que os salários comprometem o lucro, que a nova base tecnológica exige mudanças no mundo do trabalho e que é preciso dinamizar o mercado, reduzindo o Estado. (COSTA, 2006, p.74).

O liberalismo clássico, basicamente, funda-se na separação entre público e privado, como esferas independentes. Para esta teoria, o público é sinônimo de Estado, responsável pela ordem jurídico-política, enquanto o privado estaria restrito ao mercado e à Sociedade Civil.

É próprio do pensamento liberal autonomizar e seccionar a sociedade entre as esferas do Estado e do mercado. Dessa forma, as atividades econômicas são vistas como “naturais”, frutos da ação de indivíduos livres no mercado. Este, assim, teria uma suposta dinâmica própria e autônoma, enquanto que os processos político-institucionais ocorridos no interior do Estado são conceitualizados na ótica da “democracia formal”, das “regras do jogo”, como esfera exclusivamente pública, portanto, “deseconomizados”. (DURIGUETTO, 2011, p.295)

Poder político e poder econômico não se confundiriam para o liberalismo clássico, que, afinal, buscava a minimização do Estado até o seu limite, para que o mercado pudesse agir o mais livremente possível. Ocorre que, atualmente, o projeto liberal em voga não é mais o clássico, mas sim o neoliberal, o qual apresenta propostas distintas daquele.

Se a teoria liberal clássica pretendia, em face do absolutismo, afastar ao máximo a Sociedade Civil do Estado – restringindo o aparato deste ao ordenamento jurídico, e ter na coerção legalizada a única exteriorização de seu poder –, a doutrina neoliberal permite certas atuações estatais positivas. Em outras palavras, o Estado liberal de outrora era radicalmente diminuto, com a mínima atuação possível, fosse na economia ou em políticas sociais. Enquanto a soberania internacional permanecia inalterada, a interna era drasti-

camente restringida. O Estado neoliberal, por sua vez, não chega ao extremo do anterior, permitindo atuações estatais mais intervencionistas não só na esfera social, mas também na econômica, desde que cumpridas certas exigências, como demonstrado a seguir.

A minimização do poder no Estado neoliberal não é sinônimo de fraqueza absoluta, pois, ele precisa apenas “ser fraco na esfera da regulação econômica, da tributação sobre o capital e na promoção de benefícios e direitos sociais”, devendo, por outro lado, “fortalecer-se para defender o livre mercado e favorecer a acumulação capitalista” (COSTA, 2006, p.78). A busca por estes últimos elementos, aliás, convalida as tais eventuais ações positivas do Estado, que poderiam ser consideradas contrárias à tendência neoliberal (se esta fosse mera cópia do liberalismo clássico), mas não o são.

Em síntese, temos um Estado de Direito que salvaguarda a igualdade (formal) perante a lei, que fornece a estrutura necessária para a livre concorrência do mercado, tida como o único e real mecanismo de organização e regulação social capaz de preservar a liberdade individual (na sua acepção “negativa”). Mas esse Estado de Direito, para facilitar a concorrência, mantém uma certa política social-assistencial, claramente precária e direcionada (focalizada) às pessoas e grupos que não logram ascender aos patamares de sobrevivência. O restante de respostas às necessidades sociais deve ser promovido, de forma descentralizada, ora pelo mercado, ora por entidades assistenciais. (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2010, p.65)

A recente ajuda estatal às instituições bancárias, atingidas pelas crises americana e europeia, é outro exemplo de como o neoliberalismo permite exceções ainda maiores na regra da inatividade estatal sobre a economia. No entanto, tais atuações estatais positivas não eram – e continuam não sendo – bem vistas pelos liberais, inclusive no Brasil Imperial. “De modo geral encarava-se de forma negativa a intervenção do governo nos assuntos econômicos, fazendo-se de profissão de fé na iniciativa privada”. Interessante notar que esta tendência era rechaçada, no último quarto do século XIX, mesmo “nas regiões novas do ‘oeste’ paulista, onde a ação estatal já frutificara na resolução eficiente dos problemas de produção e comercialização do café” (FRANCO, 1997, p.141).

Embora queira acreditar que em sua essência há uma influência quase que exclusiva de Hayek², a teoria neoliberal não pode negar que também se utiliza das propostas de Keynes³, inclusive várias propostas do Estado de Bem-Estar Social.

2 Friedrich Hayek defende que o Estado deve ter apenas duas funções: prover uma estrutura para o mercado e prover serviços que o mercado não pode oferecer.

3 John Maynard Keynes entende que a demanda é que define a oferta de bens e propõe a regulação estatal do mercado. Por isso, nas crises, seria aconselhável o Estado intervir, aumentando o investimento público para ampliar o consumo, a taxa de lucro e, portanto, atingir o pleno emprego.

[...] o “livre mercado” (que, de fato, jamais fora plenamente livre) passou ao estatuto de retórica, posto que o movimento do capital na era monopólica demande um complexo de regulações excludente de toda referência à velha mão invisível – donde um Estado necessariamente intervencionista, que, remetendo a figura do “guarda-noturno” ao reino da fábula, redefiniu largamente a relação público-privado, redimensionando a conexão política-economia. (NETTO, 1995, p.74)

No Brasil, a partir da década de 90, as ações governamentais desta natureza se desenvolvem. Assim, tanto a esfera privada tornou-se campo de atividades estatais, como a pública foi invadida pelo mercado – através de privatizações, concessões e terceirizações –, e pela Sociedade Civil organizada – por meio de ONGs, OSCIPs, OS e demais associações –, numa lógica agregadora de valores diversos como capitalismo, descentralização, neoliberalismo e participação sociopolítica. É a formatação de um Estado claramente “mínimo para o social e máximo para o capital” (NETTO, 1995).

Enfim, o capitalismo (e não apenas sua vertente neoliberal) incorpora exigências, mesmo que contrárias aos seus interesses, e o faz “a partir das exigências da ordem. Assim, contraditoriamente, dá respostas políticas às massas e atende às suas necessidades concomitantemente” (MOTA, 2005 *apud* SILVA, S. C., 2008, p.53).

Neste contexto, as barreiras entre Estado, mercado e sociedade civil ficam bastante enfraquecidas e passam a existir mais como ideologia e discurso político do que realidade fática. Detentores do poder político confundem-se com os do poder econômico, num amálgama indissociável. Em sentido diverso da perspectivas neoliberal, é preciso, segundo Correia (2005, p.54) “considerar que não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma unidade orgânica, visto que a separação é apenas metodológica, pois a sociedade civil é um momento do Estado”.

Esta complementariedade entre as esferas econômica e política⁴ comprova a ideia de que o poder encontra-se diluído no corpo social – seja nas instituições públicas ou privadas e mesmo na relação entre elas –, geralmente focado na propagação dos valores dominantes, além da perpetuação do sistema como um todo.

Compelidos pelo mercado, Estado e Sociedade Civil encontram-se mais ligados do

4 Como exemplo dessa complementariedade, poderíamos citar os tributos, pois as classes com maior poder aquisitivo pagam, proporcionalmente, menos do que as mais desprovidas economicamente, por meio de impostos regressivos. Ademais, outro exemplo é que, sob a justificativa de estarem alavancando a economia nacional, empresas multimilionárias recebem do governo empréstimos a fundo perdido, dificultando o retorno deste dinheiro aos cofres públicos. Deste modo, a política acaba por favorecer a economia, a qual, por sua vez, também favorece a política, com financiamentos privados de campanha, regalias e benefícios não ofertados a outros cidadãos ou consumidores.

que teorizavam os liberais clássicos, fato que parece ser melhor compreendido pelo neo-liberalismo – o que não quer dizer que seja celebrado. Mas antes mesmo dessa mudança analítica, do liberalismo para sua vertente mais atual, no que tange à relação Estado-Sociedade Civil, Gramsci já visualizava um vínculo mais estreito entre tais figuras, atualizando a teoria marxiana⁵.

Marx, anteriormente ao pensador italiano, identificava Estado e Sociedade Civil respectivamente como elementos da Superestrutura jurídico-política e da Estrutura econômica. “Ou seja, sociedade civil e estrutura econômica são, para Marx, a mesma coisa; e o Estado é um produto desta, e não, como pensa Hegel, uma esfera independente e com racionalidade própria” (DURIGUETTO, 2007, p.48).

A teoria marxiana agrega ideias econômicas, filosóficas e sociais, a partir de um ideário político fundamentado num materialismo histórico-dialético e uma visão de totalidade, confrontando as consequências da crescente propagação da economia capitalista. Tal conjunto teórico entende o Estado capitalista como aparelho de dominação de uma classe por outra, mais especificamente do proletariado pela burguesia, buscando, em essência, a sua extinção. Vejamos que este ponto – da minimização estatal – pode ser considerado comum entre o liberalismo clássico e o marxismo, sendo o fim do Estado “uma das manias do século XIX”, nas palavras de Lebrun (1981, p.80).

Segundo Marx, o modo de produção e suas relações fundariam a sociedade civil, que, por sua vez, moldaria o Estado, propagando nele suas próprias contradições, de acordo com os interesses da classe dominante. Daí que a crise revolucionária se apresentava, “essencialmente, como contradição entre as relações de produção e o desenvolvimento das forças produtivas [...], uma crise da estrutura econômica” (GRUPPI, 2000, p.79).

O fato é que o pensamento marxiano distingue os contextos das atuações típicas do Estado e da Sociedade Civil, mas, por certo, sem atomizá-los de maneira absoluta, já que coexistem numa mesma realidade e, portanto, relacionam-se. Ainda assim, poder político e poder econômico seriam oriundos de bases diversas, ponto crucial para o insucesso da esquerda, segundo Sader:

5 O termo “marxiano” é utilizado em referência à obra originalmente desenvolvida por Karl Marx, em parte com a colaboração de Friedrich Engels, sendo que as teorias marxistas são as que partem daquela, mas com ela não se confundem, por estarem inseridas em outro contexto histórico-espacial e, portanto, conterem proposições distintas.

De onde veio o sucesso da direita e o fracasso das esquerda? Da compreensão das relações de poder na sociedade. [...]

Ao pensar as relações de poder centradas exclusivamente nas relações econômicas internas e nas relações políticas institucionais, a esquerda operou um reducionismo que terminou sendo-lhe fatal (SADER, 1999, p.534).

Tal pensamento é característico de uma época na qual, de fato, Estado e Sociedade civil não se encontravam tão imbricados como a partir da segunda metade do século XIX, um período de transformações as quais serviram de base para uma nova configuração entre tais esferas (notadamente no ocidente) e, portanto, de novas teorias sociais e políticas.

Marx, portanto, não pôde conhecer – ou não pôde levar na decida conta – os grandes sindicatos englobando milhões de pessoas, os partidos políticos operários e populares legais e de massa, os parlamentos eleitos por sufrágio universal direto e secreto, os jornais proletários de imensa tiragem, etc. Não pôde, em suma, captar plenamente uma dimensão essencial das relações de poder numa sociedade capitalista desenvolvida [...]. (COUTINHO, 1992, p.75-76)

Por outro lado, há também uma permanente luta pela expansão de direitos sociais [os direitos de segunda dimensão], que vão sendo progressivamente conquistados, impondo-se ao Estado a incorporação também de outros interesses de classe, o que expressa a possibilidade de, ainda sob a dominação da ordem e do Estado capitalista, ter lugar a formulação de políticas que respondam a demandas formuladas pelas classes subalternas (DURIGUETTO, 2007, p.52-53).

A organização voluntária da sociedade civil em segmentos e órgãos específicos, com demandas e projetos singulares, denota sua intenção de participar ativamente da política, refletindo uma posição de retirar do Estado o poder absoluto neste campo. Frente tais mudanças, as relações nascidas entre Estado e Sociedade Civil ganham novas características e contextos, concebendo, por fim, inéditas configurações que serão analisadas por outros pensadores mais atuais, como Gramsci, um autor moderno tanto cronológica⁶ quanto ideologicamente.

Para o pensador italiano, a sociedade civil é compreendida não mais como elemento da estrutura econômica, mas, situando-se ao lado da sociedade política, como **sujeito ativo da superestrutura**⁷; e esta, por sua vez, corresponde ao conceito de “Estado ampliado”

6 Gramsci nasceu alguns anos antes do século XX, em 1891, na Sardenha – Itália (COUTINHO, 1992, p.1), mas nem por isso deixa de ser um autor característico da modernidade, já que esta remonta à passagem do século XVII para o XVIII, na qual, a partir do Iluminismo e novas demandas sociais e individuais, nasce uma nova forma de compreender a realidade e, portanto, a Sociedade Civil e o Estado. Na época de Gramsci, o pensamento moderno já se encontrava desenvolvido, o que não significa que não tinha mais para onde evoluir, como o próprio pensador demonstrou com seus estudos.

7 “Não obstante, segundo Coutinho, a alteração efetuada por Gramsci não implica na negação da centralidade descoberta por Marx da base material como fator ontológico primário da socialidade, como conclui equivocadamente Norberto Bobbio. (1987: 32) Bobbio, ao fazer uma leitura liberal do conceito de sociedade civil em Gramsci, toma-o exclusivamente como esfera da superestrutura, como se Gramsci conferisse à esfera econômica um papel secundário. Para Gramsci, ao contrário, a produção e a reprodução da vida material continuam a ser o fator ontologicamente primário na explicação da história. Mas o elemento essencial que determina a especificidade e a novidade do seu conceito de sociedade civil está na sua contribuição para o enriquecimento teórico-analítico do modo como a esfera econômica determina a produção

gramsciano, em face de seu novo componente. Em resumo, a partir da apontada socialização da política, Gramsci promove

[...] uma ampliação dialética: os novos elementos aduzidos por Gramsci não eliminam o núcleo fundamental da teoria ‘restrita’ de Marx, Engels e Lenin (ou seja, o caráter de classe e o momento repressivo de todo poder de Estado), mas o repõem e transfiguram ao desenvolvê-lo através do acréscimo de novas determinações. Temos aqui, na reflexão gramsciana, um movimento que vai do abstrato ao concreto e que reproduz um movimento diacrônico ocorrido na própria realidade histórico-social. (COUTINHO, 1996, p.53)

O Estado, agora com espaços ampliados, não deixa de ser instrumento de dominação pela classe mais poderosa, mas o faz tanto por meios coercitivos, como ideológicos. E, ao analisar estes expedientes, Gramsci indica o momento de ligação entre estrutura e superestrutura, designada “catarse”, que fundamenta a dominação: é “a passagem do momento meramente econômico (ou egoístico-passional) ao momento ético-político, isto é, a elaboração superior da estrutura em superestrutura na consciência dos homens” (GRAMSCI, 2006, p.314), tendo como resultado o que o autor denominou “hegemonia”. Mais detalhadamente, é a “fase em que as ideologias geradas anteriormente se transformam em ‘partido’, entram em confrontação e lutam até que uma delas, ou pelo menos uma única combinação delas, tenda a prevalecer, a se impor, a se irradiar por toda a área social [...]” (GRAMSCI, 2000, p.41).

“Caso uma classe social não seja capaz de concretizar essa ‘catarse’, não pode se tornar uma classe nacional representante dos interesses majoritários, e conseqüentemente, não pode conquistar uma posição hegemônica na sociedade” (LUIZ, D.E.C., 2008, p.41). E uma vez alçada à categoria hegemônica, a ideologia desta classe, então nacional, servirá de fundamento para as relações de poder, irradiando-se pela superestrutura, tanto na Sociedade Civil, como na Sociedade Política (Estado strictu sensu).

No âmbito da “sociedade civil”, as classes buscam ganhar aliados para os seus projetos através da direção e do consenso. Por meio da “sociedade política” – que Gramsci também chama, de modo mais preciso, de “Estado em sentido estrito” ou de “Estado-coerção” –, ao contrário, exerce-se sempre uma “ditadura”, ou, mais precisamente, uma dominação fundada na coerção.

Mas, além desta distinção funcional, as duas esferas distinguem-se ainda por uma materialidade (social) própria: enquanto a “sociedade política” tem seus portadores

e a reprodução da superestrutura no contexto em que se operou uma maior complexificação do Estado. Ou seja, a sociedade civil expressa a articulação dos interesses das classes pela inserção econômica, mas também pelas complexas mediações ideopolíticas e sócio-institucionais. (Coutinho (1992: 73) Assim, o ‘conceito se refere, na realidade, ao problema do Estado: o conceito de ‘sociedade civil’ é o meio privilegiado através do qual Gramsci enriquece, com novas determinações, a teoria marxista do Estado’ (Coutinho, 2000a: 2).” (grifos da autora) (DURIGUETTO, 2007, p.54-55)

materiais nos “aparelhos coercitivos de Estado”, os portadores materiais da “sociedade civil” são o que Gramsci chama de “aparelhos ‘privados’ de hegemonia”. (COUTINHO, 1996, p.54)

Vale dizer que a presença constante da hegemonia não significa que toda e qualquer relação (econômica, social e/ou política) será inexoravelmente manifestação da concepção hegemônica, já que, num processo materialista histórico dialético, poderá estar incutida de um ideário contraposto, ou seja, de uma contra-hegemonia. Mesmo numa realidade de hegemonia neoliberal, tendências, direções e ideologias diversas ou até diametralmente opostas coexistem com aquelas de ordem neoliberal; afinal, nas relações concebidas dentro do bloco histórico gramsciano⁸ (conceito que une estrutura e superestrutura), a hegemonia seria reafirmada mesmo por meio de movimentos de recusa.

O poder hegemônico une inúmeros sujeitos e forças, mesmo diversos entre si, e, portanto, a luta pela sua tomada, através de um movimento contrário (contra-hegemonia), “deve envolver todos os níveis da sociedade: a base econômica, a superestrutura política e a superestrutura ideológica” (GRUPPI, 2000, p.78).

Se o neoliberalismo afirma que sociedade civil e Estado só se coadunam em determinadas circunstâncias, para Gramsci isso ocorre de maneira contínua, numa retroalimentação que tem como objetivo a difusão da hegemonia da classe superior, ou seja, da classe dominante nas relações de poder. O pensador italiano entende o poder como algo dinâmico, que perpassa tanto os contextos do Estado *latu e strictu sensu* como da Sociedade Civil, podendo, inclusive, revestir-se de roupagens econômica, ideológica ou política, mas sem deixar-se restringir pelas limitações de cada uma. E, ao analisar o Estado liberal, o pensador praticamente entende a ideia de sua inatividade como falácia.

[...] dado que sociedade civil e Estado se identificam na realidade dos fatos, deve-se estabelecer também que o liberismo⁹ é uma “regulamentação” de caráter estatal, introduzida e mantida por via legislativa e coercitiva: é um fato de vontade consciente dos próprios fins, e não a expressão espontânea, automática, do fato econômico. Portanto, o liberismo é um programa político, destinado a modificar, quando triunfa, os dirigentes de um Estado e o programa econômico do próprio Estado, isto é, a modificar a distribuição da renda nacional (GRAMSCI, 2000, p.47).

⁸ “O conceito de ‘bloco histórico’ define uma ordem social em que a classe dominante na esfera econômica detém também a dominação (sociedade política) e a hegemonia (sociedade civil) sobre o conjunto da sociedade. É, assim, um bloco econômico, político e cultural, implicando uma relação entre governantes e governados, dirigentes e dirigidos sob direção da classe hegemônica” (BUCI-GLUCKSMANN, 1980 apud DURIGUETTO, 2007, p.59).

⁹ Na língua italiana a palavra “liberismo” é equivalente ao nosso “liberalismo”, sendo que em algumas passagens do texto, o tradutor optou por deixar o termo como no original, decisão mantida nas citações de tal obra.

Por mais alardeada que seja, neste sentido, a distinção entre público e privado, com um Estado distante, sua própria não-intervenção já é uma posição política clara, e é, paradoxalmente, uma intervenção, pois “não existe realmente, entre a sociedade civil e a política, entre o consenso e a força, uma separação orgânica. Um e outro colaboram estreitamente” (HUGUES, 1977, p.33).

Pelo exposto, se as teorias marxiana e liberal clássica assemelhavam-se no tocante à minimização do Estado, suas contrapartes gramsciana e neoliberal aproximam-se na fortificação da sociedade civil, porém com diferenças evidentes em relação aos seus objetivos. Gramsci visa instrumentalizar a Sociedade Civil de conhecimento e consciência classista para que, num movimento contra-hegemônico, difunda seus valores dentro do próprio Estado, aproveitando sua ligação com a Sociedade Política, com o objetivo final de chegar à sociedade regulada. O neoliberalismo, por outro lado, utiliza-se deste mesmo vínculo estreito entre as Sociedades Civil e Política, para fazer com que aquela difunda, através da hegemonia, propósitos mercantilistas do capitalismo, de modo a favorece-lo, numa continuidade do status quo. Destacamos que não se trata de um antagonismo entre as esferas da Sociedade Civil e do Estado, mas antes da união entre tais figuras.

As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de setores que representam os interesses do capital e do trabalho (ou de desdobramentos dessa contradição, como a exclusão de gênero, etnia, religião, a defesa dos direitos, da preservação do meio ambiente, entre outras lutas específicas) na sociedade civil e no Estado em busca da hegemonia. (CORREIA, 2005, p.53)

Em resumo, ainda que ambas as ideologias proponham a partilha do poder com a sociedade, não se intenta na ideologia neoliberal uma Sociedade Civil dotada de componente crítico, desejosa de mudança; tal Sociedade Civil contestadora, porém, deve ser buscada segundo a teoria gramsciana. Ainda que contrapostas, as duas tendências, ao lado de inúmeras outras ideologias, dialogam e mesmo disputam entre si na arena das relações de poder, conseguindo, com maior ou menor sucesso, impor seus princípios sobre esta realidade. Tal situação resulta que, num país de proporções continentais, tenhamos diversas configurações em nossos municípios e estados, alguns mais conservadores, outros mais progressistas, mas sempre num amálgama, por vezes de difícil identificação, das tendências expostas.

As relações de poder entre Estado e Sociedade Civil são formadas tanto por interesses geralmente mais sociais (aqui representados pela vertente gramsciana) como os de inclinação econômica (exemplificadas pelo neoliberalismo). Inúmeras são as composições que tal complexo relacional pode assumir, até porque as ideologias citadas não são as únicas a se fazerem presentes nas relações de poder, e nem se restringem aos seus objetivos imediatos.

O fato é que as relações de poder serão configuradas de acordo com as características ditadas pelo grupo, classe e/ou ideologia que for dominante e, portanto, detiver a hegemonia. Se uma ou mais tendências pretendem modificar a proveniência desta hegemonia, é certo que há tantas outras que visam mantê-la. E mesmo o Estado Democrático de Direito, regido por uma razoavelmente estável configuração pré-moldada, servirá de instrumento aos propósitos hegemônicos.

1.2. O ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO

“Estado Democrático de Direito” é uma expressão que foi formalmente incluída no contexto político brasileiro através da Constituição de 1988¹⁰, sendo um marco nas transformações ocorridas desde a redemocratização. Tal expressão une outras duas, quais sejam: Estado Democrático e Estado de Direito.

Historicamente, o Estado de Direito surgiu, a partir de exigências liberais oriundas das revoluções burguesas, como limitador dos poderes estatais absolutos, fazendo nascer os direitos fundamentais de primeira dimensão¹¹, os quais, em essência, buscavam as liberdades civis e políticas básicas do cidadão. Tais diretos

Entram na categoria do status negativus da classificação de Jellinek e fazem também ressaltar na ordem dos valores políticos a nítida separação entre a Sociedade e o Estado. Sem o reconhecimento dessa separação, não se pode aquilatar o verdadeiro caráter anti-estatal dos direitos da liberdade, conforme tem sido professado com tanto desvelo pelas correntes do pensamento liberal de teor clássico (BONAVIDES, 2002, p.517-518).

¹⁰ Artigo 1º, caput da Constituição Federal (BRASIL, 1988): “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito [...]”.

¹¹ “É preciso anotar que os autores têm preferido falar em gerações, querendo significar gerações sucessivas de direitos humanos. A ideia de ‘geração’, contudo, é equívoca, na medida em que dela se deduz que uma geração se substitui, naturalmente, à outra, e assim sucessivamente, o que não ocorre, contudo, com as ‘gerações’ ou ‘dimensões’ dos direitos humanos. Daí a razão da preferência pelo termo ‘dimensão’” (TAVARES, 2008, p.454), já que tais direitos coexistem pacificamente nos ordenamentos que os preceituam.

O Direito torna-se um propagador de valores, subjugando o povo a ele vinculado e, até mesmo, seu próprio criador – o Estado –, numa simbiose infinitamente recíproca. Em essência, o Estado de Direito carrega consigo três características: submissão ao império da lei, divisão de poderes e enunciado e garantia dos direitos individuais (SILVA, J., 2004, p.112-113). Ocorre que tais elementos são, em essência, formais e liberais, por meio dos quais não se pode afirmar se as ações estatais, mesmo quando em conformidade com o ordenamento jurídico, são ou não substancialmente justas¹².

Estado de Direito pode ser considerado sinônimo do Estado mínimo liberal (VERDÚ *apud* SILVA, J., 2004, p.113), o qual primava pela não interferência deste sobre a sociedade civil. Portanto, é um conceito limitado, definidor das “regras do jogo” mas não de seu conteúdo, e, por esta razão, surge o conceito de “Estado Democrático de Direito”, dotado de princípios justos, e, de certa forma, já proposto por Gramsci.

Se todo Estado tende a criar e a manter um certo tipo de civilização e de cidadão (e, portanto, de convivência e de relações individuais), tende a fazer desaparecer certos costumes e atitudes e a difundir outros, o direito será o instrumento para essa finalidade (ao lado da escola e de outras instituições e atividades) e deve ser elaborado para ficar conforme a tal finalidade, ser maximamente eficaz e produtor de resultados positivos (GRAMSCI, 2000, p.28).

No caso da expressão aqui analisada, a palavra “Democrático” caracteriza o Estado e não o Direito, pois se aquela instituição gera este instrumento, é ela quem deve primeiramente ser dotada da natureza que visa repassar à sua criação. Pela decorrência lógica, um Estado Democrático tem uma grande probabilidade de criar um Direito justo, constituído de princípios, garantias e direitos não apenas restritivos à atuação estatal, mas projetores eficazes de uma vida digna de seus cidadãos. Para tanto, surgem os direitos fundamentais de segunda dimensão, os quais

Dominam o século XX do mesmo modo como os direitos da primeira geração [dimensão] dominaram o século passado. São os direitos sociais, culturais, e econômicos bem como os direitos coletivos ou de coletividades, introduzidos no constitucionalismo das distintas formas de Estado social, depois que germinaram por obra da ideologia e da reflexão antiliberal deste século (BONAVIDES, 2002, p.518).

Exemplos destes direitos são educação, saúde, salário mínimo, segurança, habitação, lazer, dentre inúmeros outros que compõem o princípio maior da dignidade da pessoa

¹² Um governo totalitário, por exemplo, que formula leis restritivas aos direitos sociais (2ª dimensão), e as segue de forma rigorosa, caracteriza um Estado que age dentro dos limites legais estabelecidos por ele mesmo. Porém, logicamente, a obediência ao ordenamento jurídico por si, e até a garantia aos direitos individuais, não garantem que as ações deste Estado estejam em consonância com os princípios democráticos.

humana (Art. 1º, III da CF) e satisfazem as necessidades da coletividade. Sem a efetivação destes direitos, um Estado não pode ser considerado Democrático, mesmo o sendo de Direito.

O que essa categoria de novos direitos tem em mira é, analisando-se mais detidamente, a realização do próprio princípio da igualdade. De nada vale assegurarem-se as clássicas liberdades se o indivíduo não dispõe das condições materiais necessárias a seu aproveitamento. Nesse sentido, e só nesse sentido, é que se afirma que tal categoria de direitos se presta como meio para propiciar o desfrute e o exercício pleno de todos os direitos e liberdades. Respeitados os direitos sociais, a democracia acaba fixando os mais sólidos pilares (TAVARES, 2008, p.457).

No caso do Brasil, a Constituição Federal sistematiza todo o arcabouço jurídico-formal necessário à realização do Estado Democrático¹³, sendo, inclusive, denominada “Constituição-cidadã”. Porém, a realização de tais pretensões exige do próprio Estado uma atuação positiva, contrariamente aos de primeira dimensão, que demandavam ações negativas.

O Estado Democrático de Direito, por conseguinte, carece, simultaneamente, da atividade e da inatividade estatal em campos específicos, para concretizar, num plano ideal, tanto as demandas individuais de liberdade, quanto as de dignidade coletiva. Ocorre que entre a teoria e a aplicação da expressão “Estado Democrático de Direito”, há um abismo de limitações políticas, sociais, econômicas, dentre outras.

E, no caso do Brasil, tais barreiras são constatadas de maneira ainda mais evidente, em razão de nossa história democrática entremeada de percalços. A escravidão foi abolida em nosso território apenas em 1888, relegando os “homens livres” à uma nova fragmentação social (FRANCO, 1997), com consequências até hoje sentidas. Com a promulgação da primeira constituição, sequer democrática, somente em 1891, a Primeira República não era suficientemente vigorosa para impedir a instauração da ditadura Vargas em 1937 cujo termo se daria apenas em 1945. E mesmo assim, a política nacional assentar-se-ia sob bases razoavelmente democráticas apenas em 1956, com Juscelino Kubitschek.

Juscelino Kubitschek foi o único civil que, no pós-1930, realizou as façanhas de se eleger presidente em um pleito com sufrágio direto (não universal), governar duran-

¹³ Segundo SILVA, J. (2004, p.122), a “*missão fundamental do Estado Democrático de Direito consiste em superar as desigualdades sociais e regionais e instaurar um regime democrático que realize a justiça social*”. Para tanto, o mesmo autor indica os princípios legais necessários para caracterizar um Estado como tal, demonstrando que todos eles estão presentes em nossa Carta Magna, quais sejam: a) da constitucionalidade: art. 1º, caput e § único; b) democrático: art. 1º; c) sistema de direitos fundamentais: títulos II, III e IV); d) da justiça social: art. 170, caput e art. 193; e) da igualdade: art. 5º, caput e I; f) da divisão de poderes: art. 2º; g) da independência do juiz: art. 95; h) da legalidade: art. 5º, II; i) da segurança jurídica: art. 5º, XXXVI e LXXIII.

te todo o mandato previsto e transmitir o governo a um sucessor igualmente eleito pelo voto direto.

[...]

Por outro lado, durante o governo JK, não havia liberdade de organização sindical, o Partido Comunista estava na ilegalidade, os analfabetos não podiam votar, o peso do Legislativo na definição da política do Estado era muito pequeno e, no interior da burocracia estatal, avultavam as cúpulas das Forças Armadas. (ALMEIDA, 1997, p.41-42)

Não obstante as conquistas democráticas, em 1964 foi instaurado o regime militar que perdurou por duas décadas, restringindo as liberdades civis e políticas de modo totalitário, bem como promovendo a concentração de capital nas mãos das classes dominantes. O Brasil, assim como outras nações latino-americanas, foi governado por militares, inclusive com o respaldo de parte da sociedade internacional.

A atual democracia seria instituída apenas duas décadas depois, através de uma “distensão lenta, gradual e segura”, que culminaria, em 1985, na instauração da Nova República, pela chapa conservadora da Aliança Liberal, vitoriosa no Colégio Eleitoral. Com a morte de seu cabeça, Tancredo Neves, que sequer chegou a tomar posse, José Sarney, ligado diretamente aos militares, assume a presidência do Brasil. “O governo Sarney foi o começo do fim das ilusões de todos aqueles que julgavam que o encerramento do ciclo militar seria naturalmente acompanhado de importantes transformações na sociedade brasileira” (ALMEIDA, 1997, p.49).

De forma correlata, o capitalismo, há muito atuante em nossa realidade, assume, em meados da década de 80, um caráter internacional, promovendo uma onda de reformismo estatal, baseada na minimização do Estado.

A agenda reformista elencou como temas centrais o corte nos gastos com os benefícios sociais, programas de privatizações, políticas voltadas para dar maior liberdade ao capital e desregulamentação do mercado de trabalho, com a modificação das leis trabalhista e previdenciária. A globalização foi colocada como fato irreversível, que exigia uma nova agenda para os Estados nacionais. Inserir-se na ordem global foi o desafio colocado pela ideologia neoliberal, a partir da década de 1980, aos Estados nacionais.

A reforma do Estado, estimulada pela ação do Banco Mundial e do FMI [através do Consenso de Washington], propõe como condição para o crescimento econômico e inserção na ordem mundial ajustes fiscais e estabilidade interna da moeda, o que torna necessá-

rio o controle dos gastos públicos e a geração de superávit primário nos países periféricos, para saldar juros da dívida externa. (COSTA, 2006, p.157)

Em 1989, cai o muro de Berlim, decretando o fim do comunismo e dos sistemas centrados na atuação estatal. Assim, torna-se imperativa a adoção do modelo neoliberal pelos países menos desenvolvidos, inclusive o Brasil, pois sem a adoção das medidas “sugeridas”, os empréstimos prometidos aos referidos países não poderiam ser realizados. Não por acaso, também em 1989, Fernando Collor de Mello, candidato manifestamente neoliberal, torna-se o primeiro presidente eleito de forma democrática desde a promulgação da Constituição.

A referida Constituição previa garantias e direitos fundamentais, bem como a atuação direta e substantiva do Estado, promovendo a vida digna de seus cidadãos a partir de um Estado Democrático de Direito. A agenda econômica neoliberal, porém, caminhava na contramão dos ideais normatizados pela nova Carta Magna, já que a minimização neoliberal é muito diferente da proposta pelo liberalismo clássico.

Enquanto minimizar o Estado absolutista representava [para o liberalismo clássico] um progresso histórico no desenvolvimento das liberdades, contrariamente, minimizar o Estado Democrático e de Direito representa um projeto claramente regressivo (grifo dos autores) (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2010, p.65).

Baseada em princípios liberais, mas inserida em novo contexto, a tendência neoliberal exige do Estado e do Direito somente o mínimo democrático, reaproximando-o de seu prévio conceito formalista. O argumento utilizado a favor do neoliberalismo é que um Estado não intervencionista na economia, a deixaria seguir seu rumo natural de desenvolvimento, que, por fim, acabaria por dividir seus lucros – não apenas econômicos, mas também sociais – com toda a nação, concretizando um verdadeiro Estado Democrático de Direito, fundamentalmente livre. Ocorre que tal previsão depende da repartição dos lucros pelos sujeitos dominantes (os proprietários dos meios de produção), o que não acontece espontaneamente.

O governo Collor tinha como objetivo principal reduzir a inflação, que chegava a níveis alarmantes no começo de seu mandato. Por um lado, diminuiu impostos e acirrou a concorrência do mercado, mas também congelou salários, confiscou poupanças, reduziu a capacidade do mercado interno e iniciou uma era de privatizações, comprovando que, se

tinha metas positivas, o neoliberalismo as buscava por meios socialmente questionáveis. Com o neoliberalismo, a democracia é afastada dos princípios “igualitários e emancipatórios e se curva à abstração fetichizada do mero procedimento administrativo [...]. Quando o método é um simples procedimento, a democracia é indiferente diante dos conteúdos das decisões ou dos valores que as orientam” (BORON, 2003 *apud* DURIGUETTO, 2011, p.295).

O impeachment sofrido por Collor – provocado pela mídia e, só então, abraçado de modo fervoroso pela população –, não impediu o resultado da eleição posterior, que concedeu mandato a Fernando Henrique Cardoso, igualmente de base neoliberal.

A grande burguesia brasileira encontrou, mais uma vez, sua tábua de salvação político-eleitoral. As mesmas forças que haviam apoiado Collor agora se revelavam ‘deslumbradas’ com o charme, o brilho e a erudição do novo candidato, que, por via das dúvidas, pedia que se esquecesse o que havia escrito enquanto intelectual acadêmico¹⁴. (ALMEIDA, 1997, p.55)

Voltam com toda a força as privatizações e políticas redistributivas são implementadas de forma reduzida. Sendo um exemplo de regime democrático inserido num sistema capitalista e influenciado pela tendência neoliberal, o Brasil poderia ser entendido, de acordo com a classificação marxista¹⁵ como uma democracia formal-institucional.

A democracia formal-institucional remete ao conjunto de mecanismos institucionais que permitem a liberdade e os direitos civis, políticos e sociais [...]. É nos processos da “democracia-método” que se torna possível a organização político-social das classes e grupos sociais interessados na liquidação da estrutura política capitalista. [...]

A democracia formal-institucional é um instrumento, um momento (necessário, porém insuficiente) na construção da democracia substantiva. Se a democracia formal é o limite da ordem burguesa, ela é um caminho para a democracia substantiva numa sociedade socialista. (grifos da autora) (DURIGUETTO, 2011, p.296)

Um Estado de Direito (verdadeira e substancialmente) Democrático teria meios para suplantam o Estado capitalista, substituindo-o por um Estado fomentador da justiça social, talvez até num “processo de convergência em que podem ir concorrendo as concepções atuais da democracia e do socialismo” (DÍAZ *apud* SILVA, J., 2004, p.120).

O Estado Democrático de Direito reúne os princípios do Estado Democrático e do

¹⁴ De fato, tal pedido de esquecimento tinha sua razão de ser, pois é curioso observar como Cardoso, então sociólogo, caracterizou o processo neoliberal de redemocratização brasileira, do qual ele próprio seria peça-chave: “Qual característica teve esse processo? Digo que foi uma transição controlada. Queiramos ou não, os que propuseram essa transição, sob essa forma controlada, ganharam a parada” (CARDOSO, 1985, p.11).

¹⁵ Tal classificação, certamente, influenciou inúmeras outras, dentre elas a de Bóron (1996, p.64), que separa a democracia em método e substância; e Bobbio (2007, p.157), que divide a democracia entre formal e substancial.

Estado de Direito, não como simples reunião formal dos respectivos elementos, porque, em verdade, revela um conceito novo que os supera, na medida em que incorpora um componente revolucionário de transformação do status quo. (SILVA, J., 2004, p.112)

Considerando a História brasileira, bastante recente em termos “civilizatórios” e mais ainda democráticos, é fato que evoluímos sobremaneira, garantindo não apenas direitos de primeira e segunda dimensão, como também os de terceira¹⁶. Mas, definitivamente, nossa democracia não é substantiva, por inúmeros fatores, sendo um dos principais a baixa qualidade da prestação dos serviços de saúde.

Cerne do nosso estudo, a qualidade das políticas públicas de saúde¹⁷ está intrinsecamente ligada ao conteúdo democrático de qualquer Estado; e, neste caso, o Brasil não apresenta bons resultados. No ano 2011, inclusive, fomos ranqueados em 85^a lugar quanto à expectativa de vida, atrás de países como Colômbia, Venezuela e Sri Lanka (HUMAN DEVELOPMENT REPORTS, 2011). Deficiências na prestação de saúde pública e em suas políticas são diariamente noticiadas, tais como a falta de postos de atendimento, poucos profissionais especializados, leitos hospitalares e medicamentos insuficientes, dentre inúmeras outras que evidenciam a precarização das políticas de saúde no Brasil. Ainda assim, é preciso ressaltar que o Sistema de Saúde brasileiro é universal e integral, promovendo um atendimento gratuito e não excludente em todas as instâncias de atenção à saúde¹⁸.

A saúde, tal como a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, a segurança, a assistência aos desamparados, são, dentre outros, direitos sociais segundo o artigo 6º da Constituição da República (BRASIL, 1998); mas a verdade é que entre sua previsão e a efetividade destes, há uma enorme diferença, que separa uma vida digna de uma sem esperança ou mesmo futuro. Tal assertiva não significa, entretanto, a inexistência de qualquer efetividade dos direitos sociais brasileiros, mas, sim, que não há uma concretização satisfatória destes, que garanta o princípio da dignidade da pessoa humana a todos os cidadãos brasileiros.

16 Apesar de menos significativos, para a presente pesquisa, que os direitos de primeira e de segunda dimensões, os de terceira merecem breve referência, pois caracterizam a evolução do Estado Democrático de Direito. “São direitos de terceira dimensão aqueles que se caracterizam pela sua titularidade coletiva ou difusa, como o direito do consumidor e o direito ambiental” (TAVARES, 2008, p.457-458).

17 A questão das políticas de saúde será mais extensivamente abordada no capítulo 2, servindo, neste momento, mais como exemplo do conteúdo democrático do Estado brasileiro.

18 Tais pontos serão mais profundamente abordados nos capítulos 2 e 3 do presente trabalho, sendo esta apenas uma inserção pontual, por ser a saúde elemento crucial de qualquer Estado Democrático.

Embora conte com inúmeros avanços, não somente na área da saúde, é fato que o “programa democrático da Constituição de 1988 não foi posto em prática até hoje; o apartheid social, étnico e territorial brasileiro é visível” (CUENCA, 2005 *apud* LABRA, 2005, p.354). Daí que nossa democracia continua a ser formal, municiada de inúmeros princípios sociais, mas não satisfatoriamente efetivados. E se a Democracia de Direito pode tanto ser classificada como formal ou substantiva, o Estado por ela qualificado seguirá esta propriedade.

Reconhece Poulantzas que, enquanto o direito for compreendido como perpetuação da dominação política de classes, poderá regular ‘(...) o exercício do poder político pelos aparelhos de Estado e o acesso a estes aparelhos, por meio de um sistema de normas gerais, formais, abstratas, estritamente regulamentadas, fixadas explicitamente de modo a permitir (uma certa) previsão. (...) Se o Direito organiza o jogo do poder ao lado das classes dominantes, organiza-o igualmente ao lado das classes dominadas. Assegura a impossibilidade do acesso delas ao poder, segundo as suas regras, ao mesmo tempo que lhes cria a ilusão, de que esse acesso é possível. [...] O Direito estabelece os limites do exercício do poder de Estado, (...) estes limites tomam efetivamente a forma de uma demarcação entre o espaço ‘privado’ e o espaço ‘público’: no entanto, eles exprimem uma relação de força, que é uma relação de classe.’ (POULANTZAS *apud* WOLKMER, 2003, p.77-78)

Seria mais exato afirmar que o Brasil ainda é um Estado Formalmente Democrático de Direito, já que, não obstante inúmeros avanços em sentido contrário, os indicadores da saúde, da educação, da economia e de moradia estão longe de serem considerados ideias. E mesmo a participação política, componente essencial de qualquer Estado Democrático de Direito, encontra-se, em vários aspectos, distante de uma democracia social e efetivamente participativa.

1.3. DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

Etimologicamente, a palavra democracia é formada pelas locuções gregas demos (povo) e kratos (governo), trazendo consigo a ideia de uma “igualdade política entre o povo. ‘Governo pelo povo’ pode parecer um conceito despido de ambiguidade, mas as aparências enganam” (grifos do autor) (HELD, 1987, p.1). Mesmo na Grécia antiga, berço da democracia, o exercício da política era negado às mulheres, estrangeiros e escravos, resultante do conceito restrito de “cidadão”, característico da época, mas que hoje seria impensável para a maioria dos países.

A partir desse conceito geral de Democracia – governo exercido pelo povo – e do nível de participação social na política, três são as principais formas que tal regime político assume: a democracia direta, a representativa (ou indireta) e a participativa.

A primeira delas é a menos usual, pois demanda que todos os cidadãos opinem sobre os rumos políticos a serem tomados pelo Estado. Defendida por Rousseau, o próprio pensador entendia que tal regime poderia ser implantado apenas em territórios cuja população fosse numericamente reduzida (ROUSSEAU, 1991, p.83-86), diante da dificuldade em apurar reiteradamente todos os juízos¹⁹.

A vertente representativa, por outro lado, é a mais comum dentre os países que adotam o regime democrático, pois, ao mesmo tempo em que entende o povo como titular do poder político, facilita o exercício deste pelos representantes. Tal construção política está explícita no parágrafo único, art. 1º de nossa Constituição Federal, o qual preconiza o seguinte: “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos” (BRASIL, 1988).

Neste caso, a participação política se dá, principalmente, através do voto, por meio do qual os cidadãos escolhem, por maioria, seus representantes. Mas sem uma vigilância adequada e constante por parte dos eleitores, a representatividade prometida, no período de campanha, pelos agora eleitos pode se perder diante dos interesses políticos. Assim, o descontentamento (não só das classes dominadas, como também das dominantes) para com a democracia representativa tornou-se lugar comum. Dentre as causas de tal situação, Delgado aponta seis:

Os principais fatores para a crise encontram-se: a) nos sucessivos descumprimentos dos programas; b) no fenômeno da corrupção da classe política; c) no declínio de vastos setores sociais; d) na complexidade das demandas e na especialização

19 Com as inovações digitais, principalmente a acessibilidade à internet, a possibilidade de uma democracia direta viável foi novamente colocada em pauta. Em Vallentuna, uma pequena cidade sueca, o “Partido da Democracia Experimental – DEMOEX” obteve sucesso nas últimas três eleições municipais. “O partido funciona de forma que o representante eleito vote de acordo com os resultados das votações online feitas pelos membros. O objetivo é que o representante atue da maneira mais fiel possível à opinião dos membros do partido, não imprimindo a sua vontade acima da opinião da maioria. Ou seja, o representante seria apenas uma mera formalidade, pois o poder estaria nas mãos dos membros do partido. O Demoex utiliza a distribuição estatística, o que significa que o representante na câmara decide seu voto com base na estatística extraída da participação dos membros na internet [...]. Em novembro de 2002, Parisa Molagholi foi eleita como representante do partido Demoex na câmara de Vallentuna. Em 2006, o partido foi reeleito aumentando o percentual de atuação de 1,7% para 2,6%. Segundo o website “A failure or success?”, indicado no portal do partido, de 2002 a 2011 a iniciativa conseguiu oitocentos votos e passou quarenta e quatro petições populares à câmara municipal. Ainda de acordo com a mesma página na internet, o Demoex teria falhado na tentativa de criar uma plataforma para debate político na internet, uma vez que os políticos dos partidos tradicionais se negaram a participar dos debates online.” (AZEVEDO, 2012). Em 2010, o partido foi novamente eleito, com 1,76% dos votos válidos, desta vez, com Per Norbäck como seu representante.

técnica; e) na crise dos grandes discursos de legitimação; e, finalmente, f) na influência dos meios de comunicação. (DELGADO *apud* WOLKMER, 2003, p.92)

Os motivos apontados pelo autor são, hoje em dia, ainda mais evidentes, sendo vários os exemplos de manifestações populares contrárias à situação política tanto mundial quanto local, como a Primavera Árabe (2010), o movimento Occupy dos EUA (2011), passeatas na Inglaterra (2011) e as manifestações brasileiras originadas pelos “20 centavos”²⁰. E apesar de constantemente noticiada, poucas alternativas à crise da representação política são praticadas.

Uma destas alternativas é o último sistema democrático aqui analisado, a Democracia Participativa. Surgida em resposta à crise da representação política, não visa substituí-la, mas, sim, suprir suas falhas, criando espaços de diálogo entre segmentos organizados da sociedade civil e os representantes políticos. Para tal matriz democrática, a participação é, obviamente, o elemento central, sendo necessária, para a presente pesquisa, a sua caracterização.

Etimologicamente, o termo “participação” significa “tomar parte de algo”, mas não no sentido de tomar para si um pedaço de alguma coisa, e sim constituir este algo, fazer parte de uma realidade. Incontáveis são as classificações propostas para a categoria participação, seja a nível prático, teórico, político ou conceitual²¹. Não obstante a importância dos demais conceitos de participação, aqueles que importam para o presente estudo são os que, partindo da atuação da Sociedade Civil, pretendem, de alguma maneira, modificar o Estado. São conceitos típicos da modernidade que, em maior ou menor grau, participaram do desenvolvimento da Democracia Participativa. Três são os tipos de participação que partem de tal premissa, segundo Carvalho, A. (1995): a comunitária, a popular e a social.

A participação comunitária, em primeiro lugar, completa o Estado, intervindo em suas relações com organizações e movimentos populares, ao fornecer aos sujeitos destas realidades espaços de debates, mas dotados apenas de funções opinativas e consultivas. As mudanças propostas por este tipo de participação são pontuais, referentes a uma comunidade específica.

²⁰ No Brasil, a crise da democracia representativa parece, de fato, ter se generalizado, especialmente se observadas as manifestações sociais de junho de 2013, onde inúmeras demandas, até mesmo excludentes entre si, oriundas de classes sociais distintas, foram levantadas (CHAUI, 2013).

²¹ Para verificar as várias classificações e conceitos diferenciados de participação (revolucionária, autoritária, corporativa, radical, etc.), vide GOHN, 2011, p.13-32.

“É assim que se desenvolvem, ao lado é à sombra da proposta oficial da participação comunitária, experiências que, progressivamente, se radicalizam e terminam por assumir identidade própria, como propostas de participação popular” (CARVALHO, A., 1995, p.20). A forma popular é, de fato, mais radical que a anterior, buscando combater o Estado. Aqui, a segmentação sociopolítica é mais contundente, com uma crítica aprofundada e práticas opostas ao sistema dominante e, por isso mesmo, não institucionalizadas.

Por último, a participação social visa controlar o Estado, adotando um sentido de cidadania. Todos são reconhecidos, e interesses e projetos diversos são debatidos. Esta participação funda o modelo atual de democracia participativa, na qual a “dinâmica democrática estaria centrada na influência que os sujeitos coletivos pudessem exercer, em termos de demandas e controle, sobre o aparato estatal” (DURIGUETTO, 2011, p.293).

Uma vez explanados os modos de participação e qual deles serve de base para a nossa hodierna Democracia Participativa, é preciso frisar que os formatos anteriormente elencados de democracia – representativa, direta e participativa – não são mutuamente excludentes. No Brasil, inclusive, eles coexistem de modo razoavelmente pacífico, já que a representação é a regra, mas há também formas diretas e participativas da sociedade atuar na política.

Esta mescla brasileira entre os diversos sistemas democráticos só foi possível graças ao processo de redemocratização, que suplantou o regime totalitário de então. Como é comum em regimes militares, o nosso se caracterizou por cercear as liberdades do povo, fossem elas política, de expressão, de reunião, dentre suas outras formas de exteriorização. E mesmo antes do período militar, o Estado brasileiro já possuía um histórico de negação dos direitos fundamentais a inúmeros de seus habitantes, como às mulheres e aos analfabetos, e, ainda mais antigamente, aos negros e aos “homens livres” pobres (FRANCO, 1997).

Diante disso, não apenas a liberdade de votar e ser votado era exigida pelos movimentos sociais contrários ao regime, mas também a possibilidade de, a partir de um conceito maior de liberdade, fazer parte de uma política igualmente mais ampliada, através da qual o poder fosse partilhado. Desejosos por tais mudanças, os movimentos sociais

passam, nas décadas de 70 e 80, por enormes transformações, fomentando as bases para o desenvolvimento de uma sociedade civil robusta²².

No campo da prática, novos agentes entraram em cena e passaram a dividir com o movimento operário (e também o estudantil) a arena de construção de um campo articulado de resistência à opressão e ao autoritarismo representado pela ditadura militar instalada em 1964. Os novos personagens passaram a se organizar em movimentos de bairro, através de associações de moradores, nas milhares de Comunidades Eclesiais de Base espalhadas pelo país, no movimento de mulheres, de negros, de homossexuais etc. (TONELLA, 2006, p.27).

Em meio a estes novos agentes, encontra-se, da mesma forma, o movimento sanitário, elemento fundamental na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), num processo a ser detalhado adiante. Em verdade, além dos mencionados, tantos outros movimentos e atores foram fundamentais não apenas na reconstrução da democracia brasileira, mas, igualmente, na reativação sociopolítica de um povo há tempos anestesiado.

As décadas de 70 e 80 apresentam-se, portanto, como um marco na história da organização civil no país. Trata-se de um quadro novo, na medida em que supera, tanto quantitativa quanto qualitativamente, o conjunto de experiências de organização social anterior ao período da ditadura, uma vez que há a ampliação e pluralização dos grupos, associações e instituições, que procuram se posicionar de forma autônoma ao Estado. (GECD, 1999, p.16)

A mudança política foi normatizada pela Constituição de 1988, na qual, além das eleições, foram oficializadas várias demandas dos movimentos sociais, tais como os instrumentos de democracia direta (taxativamente, são o plebiscito, o referendo e a lei por iniciativa popular), bem como aqueles de sua orientação participativa (exemplificativamente, são o orçamento participativo, os conselhos gestores e as conferências)²³. Em suma, é um

22 Variados estudos, principalmente os surgidos depois daquele realizado na década de 90 por Putnam (2006), demonstraram a correlação entre uma sociedade civil participativa, dotada do que ele denomina "capital social", e um governo eficiente. Porém, mesmo antes de Putnam, o associativismo decorrente da socialização política já era estudado por outros autores de renome, como Castells (1980), no final da década de 70.

23 No total, os instrumentos democráticos, tanto diretos quanto participativos, presentes em nossa Constituição Federal são os seguintes: "- obrigação de os órgãos públicos prestarem informações de interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, no prazo da lei (Art. 5º, XXXIII); - direito de petição aos poderes públicos (Art.5º, XXXIV, a); - reconhecimento da competência do Tribunal do Júri, com participação da sociedade no Poder Judiciário (Art. 5º, XXXVIII); - legitimidade de qualquer cidadão para propor ação popular, em defesa de direito difuso (Art.5º LXXIII); - participação dos trabalhadores e empregadores nos órgãos colegiados dos órgãos públicos, para defesa de interesses profissionais ou previdenciários (Art. 10); - previsão de realização de plebiscito ou referendo, quando necessário (Art. 14, I e II); - previsão de lei por iniciativa popular (Art. 14, III); - previsão de consulta prévia e aprovação da população, por plebiscito, em caso de incorporação, subdivisão ou desmembramento de Estados (Art. 18, §3º e §4º); - previsão de lei sobre a iniciativa popular no processo legislativo estadual (Art. 27, §4º); - colaboração de associações representativas da coletividade no planejamento municipal (Art.29, XII) - deu origem ao Orçamento Participativo, em âmbito municipal, em diversas cidades brasileiras; - previsão de iniciativa popular de projetos de lei de interesse específico do Município, da cidade ou de bairros (Art.29, XIII); - colocação das contas dos municípios à disposição dos cidadãos, que poderão questionar-lhes a legitimidade e a legalidade (Art.31, §3º); - participação dos usuários na administração direta e indireta quando se tratar de prestação de serviços à comunidade (Art.37, §3º); - obrigatoriedade de a Administração direta e indireta criar mecanismos para receber reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral (Art.37, §3º, I) - ensejou a criação de ouvidorias e outras formas de atendimento aos usuários; - acesso da sociedade a registros administrativos e a informações sobre atos de governo (Art.37, §3º,II); - disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública (Art.37, §3º, III) - além das ouvidorias, inspirou a criação das corregedorias no serviço público; - instituição de conselhos de política de administração e remuneração de pessoal, em todas as esferas da

movimento contrário à “eleitorização” da política.

Esta transformação foi facilitada pela implantação de um Estado de Direito, caracterizado pelos direitos de 1ª dimensão, a serem analisados mais à frente. Há de se reconhecer que sem as liberdades política e civil seria impossível institucionalizar a participação. Porém, como já demonstrado, a democracia brasileira não chegou à absoluta implementação dos direitos de 2ª dimensão (sociais e econômicos), condicionantes para o exercício pleno dos direitos políticos.

Os direitos sociais são essenciais para os direitos políticos, pois será através da educação que se chegará à participação consciente da população, o que implica também necessariamente no direito individual à livre formação da consciência e à liberdade de expressão e informação. Os direitos econômicos, da mesma forma colaboram para o desenvolvimento e efetivação de participação popular através de uma democracia econômica (MAGALHÃES, 1992, *apud* TAVARES, 2008, p.457).

Apesar de normatizada, a Democracia Participativa brasileira já nascia enfraquecida por uma estrutura econômico-social subdesenvolvida²⁴, que não criava as bases necessárias para a construção de um projeto emancipatório. De fato, o Estado Ampliado gramsciano, com a implementação da Democracia Participativa, passa a ser vivenciado no Brasil, mesmo que de modo não totalmente efetivo.

Em outras palavras, os novos instrumentos como Plebiscitos, Conselhos Gestores e Conferências, também se tornaram possíveis alvos de certas deficiências do processo

Federação, com a participação dos servidores (Art.39); - realização de audiências públicas das comissões do Legislativo com entidades da sociedade civil (Art.58, II); - viabilização de corregedorias e ouvidorias, no âmbito do Legislativo (Art.58, IV); - legitimidade dos cidadãos para iniciativa de leis (Art.61 e §2º); - legitimidade ao cidadão, partido político, associação ou sindicato, para denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União (Art.74, §2º); - participação de seis cidadãos brasileiros natos, no Conselho da República (Art.89, VII); - participação de dois cidadãos no Conselho Nacional de Justiça (Art.103-b, XIII); - previsão de corregedoria, no âmbito do Superior Tribunal de Justiça (Art.103-B, §5º, I); - previsão de ouvidorias de justiça, no âmbito da União, Distrito Federal e Territórios (Art.103-B, §7º); - participação de dois cidadãos no Conselho Nacional do Ministério Público (Art.130-A, VI); - criação de ouvidorias do Ministério Público, em âmbito federal e estadual (Art.130-A, §5º); - fiscalização pela sociedade, quanto às atividades das empresas públicas, sociedades de economia mista e suas subsidiárias, que explorem atividade econômica de produção (Art.173, §1º, I); - participação do setor de produção, envolvendo produtores e trabalhadores rurais, bem como dos setores de comercialização, de armazenamento e de transportes na política agrícola (Art.187); - participação da comunidade, na gestão administrativa das ações de seguridade social (Art.194, § único, inciso VII) - deu origem aos Conselhos de Assistência Social; - participação da comunidade nas ações e serviços públicos de saúde (Art.198, III) - deu origem aos Conselhos de Saúde; - participação da população, por meio de organização representativas, na formulação das políticas e no controle das ações da Assistência Social (Art.204, II); - colaboração da sociedade na promoção e incentivo da educação (Art.205- CF) e gestão democrática da educação (Art.206, VI) – Originou os Conselhos de Educação; - colaboração da comunidade com o poder público, para a proteção do patrimônio cultural brasileiro (Art.216, §1º- CF) - deu origem aos Conselhos de Cultura; - exercício, pela coletividade, do dever de preservar o meio ambiente para as presentes e futuras gerações (Art.225); - participação das entidades não governamentais nos programas de assistência integral à saúde das crianças e adolescentes (Art.227, §1º); - participação da sociedade no amparo às pessoas idosas (Art.230); - participação de representantes da sociedade civil, no Conselho Consultivo e de Acompanhamento do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (Art.79 das Disposições Constitucionais Transitórias)”. (MACEDO, 2011)

²⁴ Apenas a título de exemplo, “é importante frisar que, no século XX, tanto o Produto Interno Bruto (PIB) como a população do Brasil cresceram cem vezes. Mas, em termos de distribuição das riquezas e da justiça social, foi um fracasso porque o PIB per capita cresceu 12 vezes, mantendo-se, com avanços e recuos, uma enorme concentração de renda: em 2000, a diferença entre os 10% mais pobres e os 10% mais ricos era de 47 vezes (IBGE, 2003)”. (LABRA, 2005, p.355).

político (coronelismo, interesses econômicos, falta de capacitação técnica, etc.), bem como de novas imperfeições (recusa destes instrumentos pela sociedade política, desinteresse da sociedade civil na participação etc.).

Ainda assim, é preciso destacar que a inclusão de tais instrumentos diretos e participativos proporcionou a inclusão de novos sujeitos, sejam locais, regionais ou nacionais, nas respectivas realidades, enriquecendo os debates políticos e criando inéditas possibilidades comunicativas, gerando um controle social.

Bastante comum nas ciências humanas e sociais²⁵, o “controle social” também se faz presente nos órgãos de democracia participativa, aqui representados pelos Conselhos Gestores e pelas Conferências de Políticas Públicas. Ocorre que estes órgãos são mecanismos formais, parte da própria instituição oficial do Poder Público, ainda que compostos por segmentos da Sociedade Civil. No caso da saúde, por exemplo, os Conselhos e Conferências são instâncias decisórias do SUS, sendo constituídos pela anteriormente referida participação social.

Mas é preciso destacar que o controle social também é realizado por órgãos não institucionais sempre que estes se manifestam sobre alguma política pública, sobre suas condições de trabalho, sanitárias, de moradia, enfim, exigindo mudanças. Assim, mesmo que de forma menos contundente, o controle social também é exercido por sindicatos, foros independentes de movimentos populares, conselhos profissionais, associações de moradores, ouvidorias, dentre outros.

O controle social de órgãos institucionalizados se dá de modo diverso daquele realizado pelos não institucionalizados, porque aqueles estão formalmente inseridos no aparelho estatal, mais próximos da Sociedade Política. Por exemplo, em se tratando da política

²⁵ “Na sociologia, a expressão ‘controle social’ é utilizada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade, submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. [...]”

Na psicologia, a dimensão subjetiva do controle social é tratada por Freud, que concebe o superego como a absorção das normas sociais pela estrutura da personalidade, fazendo com que se introjete, assim, no indivíduo, o próprio conteúdo desse controle (Carvalho, 1995).

Nas ciências política e econômica, a expressão ‘controle social’ é ambígua, podendo ser concebida em sentidos diferentes, baseados em concepções de Estado e de sociedade distintas. Nesse âmbito, a definição de controle social se constrói no eixo da relação entre o Estado e a sociedade civil. Duas concepções são básicas para o debate que aqui se propõe.

A primeira é a que entende controle social como controle do Estado sobre a sociedade. Segundo essa concepção, o Estado controla a sociedade em favor dos interesses da classe dominante implementando políticas sociais para amenizar os conflitos de classe.” (CORREIA, 2005, p.48). Esta primeira conceituação refere-se ao controle social do capital, realizado pela burguesia no sistema capitalista, com a meta de manter o consenso em torno do sistema econômico vigente. Nosso estudo reporta-se ao segundo conceito de controle social, vetorialmente oposto, já que realizado pela Sociedade Civil sobre o Estado.

de saúde, o seu orçamento deve ser subscrito pelo respectivo Conselho Gestor de Saúde, além de o plano governamental deste setor ser por ele, obrigatoriamente, co-planejado. A comunicação entre um órgão institucionalizado de controle social e a correspondente Sociedade Política é facilitada pela própria situação em que aquele se encontra. Porém, esta própria posição também limita suas reivindicações, as quais devem ser pautadas de acordo com o seu estatuto, princípios administrativos e, não raro, também pelas relações interpessoais entre os gestores públicos e aqueles que compõem os colegiados participativos. É bastante comum, inclusive, um gestor já ter composto certo órgão participativo antes de sua gestão ou depois dela passar a constituir-lo. Nos Conselhos Gestores de Saúde, esta coincidência de funções é simultânea, já que, necessariamente, eles têm em sua composição membros da correspondente Sociedade Política.

Por outro lado, os órgãos de controle social não-institucionalizados, apesar de não terem contato direto com a Sociedade Política, dificultando-lhes a materialização administrativa de seus interesses, também não possuem amarras políticas, o que lhes proporciona maior liberdade de atuação.

Em suma, a inclusão dos instrumentos participativos estabelece uma ponte entre a Sociedade Civil e a Sociedade Política, de forma que aquela não só demonstre seus interesses ou exponha carências por certas políticas públicas, mas também controle as ações desta, do Estado strictu sensu, de modo que ele aja segundo os ditames sociais. O “cerco aos governos”, apontado por Nogueira (2011, p.130) é concluído pela Sociedade Civil, mas não apenas por ela. Neste cerco, além da pressão social realizada, o governo – seja municipal, estadual ou nacional – sofre igualmente em razão das forças coativas de ordem subnacional, transnacional e mercadológicas, que agem sobre ele de forma simultânea e ininterrupta²⁶.

Todas estas ações, de várias ordens, buscam se afirmar nas relações de poder, ou seja, participar delas de algum modo. Afinal, se não buscar a inclusão efetiva nestas,

a participação não tem razão de ser. “Quem participa almeja afirmar-se diante de alguém, 26 Segundo o autor (NOGUEIRA, 2011, p.131-132), os governos, atualmente, têm certas respostas típicas para cada uma destas quatro pressões, resultando na perda ou concessão de algo. Em se tratando das imposições transnacionais, a resposta seria a abertura econômica, que, não raro, resulta na formação de blocos e, ironicamente, acaba por “blindar” a economia daquele grupo. Já a reação governamental aos ataques subnacionais, têm sido a descentralização, tanto política quanto administrativa. Ambas as respostas minam a soberania estatal, gerando aquilo que a doutrina têm chamado de soberania compartilhada. No caminho de concessões, o Estado responde às pressões do mercado com a privatização, dotada de influência neoliberal inegável. E às imposições da Sociedade Civil com a adoção de medidas participativas.

sobrepujar alguém, resolver algum problema ou postular a posse de bens e direitos, modificando sua distribuição” (NOGUEIRA, 2011, p.133).

Inúmeras possibilidades e resultados surgem desta configuração de forças e relações de poder, multiplicadas por nossa vastidão continental. A experiência petista de Orçamento Participativo, implantada em 1989 na cidade de Porto Alegre, por exemplo, é considerada política e socialmente positiva, mesmo que entremeada por certos percalços, servindo de modelo para experiências semelhantes ao redor do mundo (AVRITZER, 2007). Por outro lado, há exemplos participativos com mais contratempos do que proveitos. A Conferência Municipal de Saúde de Joinville, em 2003, teve uma influência política praticamente nula, chegando a apenas 1,9% de suas ações materializadas no respectivo plano governamental, com muitas reclamações de seus participantes (KRÜGER *et al*, 2011, p.516).

A gestão participativa não é uma operação isenta de obstáculos, dificuldades e problemas. Como todo processo de intensificação democrática, no qual veem à tona participantes até então excluídos do processo decisório e da vida pública, a gestão participativa é alvo de disputas, sofre ataques sistemáticos, torna-se objeto de cobiça ou pode ser afetada por manobras diversionistas dos que se sentem particularmente ameaçados ou incomodados. (NOGUEIRA, 2011, p.158)

A década de 90 testemunha a sistematização contra a tendência participativa relatada por Nogueira, ocorrendo a despolitização da sociedade civil, em franca oposição às duas décadas anteriores. Segundo Dagnino, ocorrera uma confluência perversa entre os objetivos dos projetos de participação e do neoliberalismo: “A perversidade está colocada no fato de que, apontando para direções opostas e até antagônicas, ambos os projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva” (grifo da autora) (DAGNINO, 2002, p.289).

Na concepção liberal – dado os pressupostos básicos do liberalismo, que busca sempre a constituição de uma ordem social que assegure a liberdade individual –, a participação objetiva o fortalecimento da sociedade civil, não para que esta participe da vida do Estado, mas para fortalece-la e evitar as ingerências do Estado – seu controle, tirania e interferência na vida dos indivíduos. (GOHN, 2011, p.17)

As semelhanças entre tais projetos são dissimuladas, inclusive com o auxílio da tendência descentralizadora da política, igualmente cooptada pela ideologia neoliberal, como examinar-se-á no tópico seguinte. Mesmo Bobbio (1994, p.97), que entende como possível uma relativa aliança entre democracia e liberalismo, é obrigado a concordar quanto à oposição dos valores oriundos destas teorias:

[...] a exigência dos liberais de um Estado que governe o menos possível e a dos democratas de um Estado no qual o governo esteja o mais possível nas mãos dos cidadãos, reflete o contraste entre dois modos de entender a liberdade, costumeiramente chamados de liberdade negativa e de liberdade positiva, e em relação aos quais se dão, conforme as condições históricas, mas sobretudo conforme o posto que cada um ocupa na sociedade, juízos de valor opostos: os que estão no alto preferem habitualmente a primeira, os que estão embaixo preferem habitualmente a segunda (BOBBIO, 1988, p.97).

As preferências apontadas pelo autor não são resultado do acaso, já que o modelo de Estado liberal barra a ascensão dos que estão “embaixo” para posições acima, enquanto que o Estado democrático, em teoria, facilita tal movimentação e, por conseguinte, também a sua participação.

As condições para a participação democrática, a forma do controle democrático, o âmbito do processo de decisões democráticas, todas estas questões não foram suficientemente exploradas na tradição democrática liberal. Os problemas são, em resumo, duplos: a estrutura da sociedade civil (inclusive a posse da propriedade produtora e vastas desigualdades sexuais e raciais) – incompreendida ou endossada pelos vários modelos democráticos liberais – não cria condições para votos iguais, participação efetiva, compreensão política adequada e controle igualitário da agenda política, enquanto que a estrutura do Estado democrático liberal (inclusive grandes e frequentemente irresponsáveis aparatos burocráticos, dependência institucional do processo de acumulação de capital, representantes políticos preocupados com suas próprias reeleições) não cria uma força organizacional que possa adequadamente regular os centros de poder “civil”. (HELD, 1987, p.255)

Em verdade, tal incompatibilidade não é exclusiva do modelo capitalista neoliberal, mas, segundo uma análise macro, da democracia em relação ao capitalismo como um todo. Os modelos econômicos capitalistas – seja o mercantilista, o liberal, o neoliberal, o desenvolvimentista, entre outros – têm (ou tiveram) como característica e mesmo reflexo de seu próprio livre mercado e da concorrência a divisão em classes da sociedade. Isso acaba por facilitar a concretização de direitos – em especial daqueles que têm sua prestação privatizada – pelas classes com maior poder aquisitivo. Daí que a democracia substancial numa sociedade estratificada segundo ganhos pessoais é, em essência, um resultado difícil, quiçá, segundo alguns, impossível de ser atingido.

Ainda assim, mesmo com as apontadas divergências entre a agenda capitalista neoliberal e a democrática, o fato é que a participação brasileira pós-redemocratização foi, em grande parte, influenciada pela proposta neoliberal, baseada na “conhecida e bem difundida visão da sociedade civil como ‘polo de virtude’ e do Estado como a ‘encarnação do

mal” (DAGNINO, 2002, p. 281).

O discurso reformista privilegiou unilateralmente a importância da sociedade civil no contexto e na dinâmica da reforma do Estado. Tratou de valorizar precisamente sua contribuição para a gestão e a implementação de políticas. Assim concebida, a sociedade civil conteria um incontornável vetor antiestatal: seria um espaço diferente do Estado, não necessariamente hostil a ele mas seguramente “estranho” a ele, um ambiente imune a regulações ou a parâmetros institucionais públicos — um lugar, em suma, dependente bem mais de iniciativa, empreendedorismo, disposição cívica e “ética” do que de perspectiva política, organização política e vínculos estatais. (NOGUEIRA, 2011, p. 63)

A participação é instituída, fundando uma democracia participativa, mas que pode assumir posição passiva diante da hegemonia neoliberal; a esta participação não interessaria socializar o poder como um todo, mas apenas demandas políticas pontuais de determinados segmentos organizados da Sociedade Civil.

Quando eleito o governo petista, em 2003, “havia a ‘certeza’ de que o PT (como força hegemônica na aliança que venceu as eleições) ‘usaria’, no mínimo, a participação como elemento de pressão para as transformações” (MORONI, 2009, p.126). Ainda que, de fato, a participação tenha obtido seu espaço em tal gestão, esta se deu mais baseada na percepção passiva e gerencial, assentada nas gestões anteriores, do que consubstanciando uma atuação sócio-propositiva. Afinal, apesar de criarem novas posições políticas, as ferramentas participativas são fruto de uma “revolução pelo alto”, o que facilita sua composição por grupos tradicionalistas.

Tal situação não, necessariamente, leva à conclusão inexorável de que todos os órgãos democráticos participativos, por exemplo, são formados por segmentos organizados conservadores. Ou mesmo que só produzirão resultados mantenedores do status quo. Não obstante, para fazer parte destes – e de quaisquer outros órgãos com influência política e/ou econômica –, é preciso que o segmento ou grupo desejoso desta posição tenha relativo poder na sociedade em que se encontra.

E, sendo as classes dominantes aquelas que detêm maior influências nas relações de poder, tanto maiores suas chances de ocupar posições-chave nestes órgãos, denominados na acepção gramsciana de “aparelhos de hegemonia”.

Conceituados como “organismos sociais coletivos voluntários e relativamente au-

tônomos da sociedade política” (COUTINHO, 1992, p.77), os aparelhos de hegemonia são peças fundamentais na revolução proposta por Gramsci, já que disseminam valores e proposições de modo não-coercitivo, legitimando-os. E, mesmo que mais propícios a difundirem a ideologia neoliberal, pois hegemônica, tais espaços igualmente comportam, se instrumentalizados para tanto, a propagação de ideais contra-hegemônicos, dotados de proposições sociais e revolucionárias.

O nascimento de um projeto contestador é, assim, dificultado pela tomada dos aparelhos de hegemonia por representantes da manutenção do status quo, numa tentativa de homogeneizar estes órgãos, por meio de membros com objetivos, posições e ideologia em comum. E nenhuma outra atitude poderia estar mais distante da realidade do que tal (tentativa de) homogeneização destes aparelhos.

Os instrumentos participativos espelham a Sociedade Civil, já que formados por seus segmentos organizados, e a Sociedade Política, se seus representantes também os compuserem. E tais esferas contêm inúmeros sujeitos, interesses, ideologias e objetivos, que, por vezes, se aproximam e outras, se repelem. São campos de atuação heterogêneos, sendo que sua homogeneização é praticamente impossível, seja dentro dos referidos aparelhos de hegemonia ou fora destes.

Por mais igualitária que seja, a comunidade dos homens estará sempre cortada por diferenças: de ritmo, de preferências, de desejos, de identidades. É impossível articular todas elas num arranjo rígido e definitivo. Não existe uma comunidade que permaneça unida monoliticamente, sem contrastes e para sempre, que jamais apresente fissuras, atritos, ruídos entre suas partes. (NOGUEIRA, 2011, p.169)

E mesmo que fosse possível, a uniformização – tanto da Sociedade Civil como da Política – seria contraproducente, pois a troca de ideias e (pré)conceitos somente engrandece a participação e o desenvolvimento democrático.

Uma avaliação mais produtiva, inclusive do ponto de vista político, enquanto interessados no aprofundamento da democratização brasileira, deve partir do reconhecimento da complexidade desse processo e da diversidade dos contextos, envolvendo a multiplicidade de relações entre forças políticas onde ele se dá [...] (DAGNINO, 2002, p.297)

A democracia participativa, de acordo com o analisado, depende de inúmeros fatores para se aperfeiçoar, e não apenas de uma Sociedade Civil propositiva, mas também de sua articulação com a Sociedade Política, inserção dos espaços na estrutura do Estado, ca-

participação dos sujeitos participativos, clara normatização sobre a formação de consensos, dentre outros determinantes, todos eles baseados em inúmeros e divergentes interesses, valores e ideologias. Resultados dos mais diversos podem nascer deste amálgama de variáveis.

Esta heterogeneidade desmantela, tal qual informado por Dagnino (2002, p.281), as crenças da Sociedade Civil como polo virtuoso, e do Estado conspurcado de maldade. Os agentes estatais, seus interesses e relações de poderes, afinal, também compõem um corpo instável e dessemelhante. Propostas progressistas ou conservadoras podem surgir de qualquer uma destas esferas, ainda que a ascensão de valores contra-hegemônicos seja mais provável de ocorrer se não a partir da Sociedade Civil, ao menos com a sua participação ativa.

Mas se a participação ativa da Sociedade Civil depende da atuação de seus sujeitos, grupos organizados e representantes, tal atividade política, por sua vez, demanda educação, cultura política, conhecimentos técnicos, garantias e direitos democráticos. No capítulo anterior, demonstramos estar o Estado Democrático de Direito brasileiro fundamentado sob instituições sólidas, ainda que mais formais do que substanciais. Pesquisa realizada em 167 países pelo Índice de Democracia, organizado pela The Economist (2013), corrobora tal fato, informando que o governo brasileiro obteve, no ano de 2012, nota 7,5 em funcionalidade, enquanto que as liberdades civis e o processo eleitoral conquistaram, respectivamente, nota 9,1 e 9,5. Exatamente os mesmos índices, por exemplo, do Reino Unido. E à frente da França, nos quesitos funcionalidade do governo (7,1) e liberdades civis (8,5).

Contudo, nossa nação se diferencia daquelas quando o foco é uma Sociedade Civil participativa, já que nas questões da participação política e da cultura política, conseguiu apenas as médias 5,0 e 4,3. Se no geral, o Brasil ocupa a 44ª posição (nota 7,1), caracterizando, segundo o levantamento, uma “democracia imperfeita” (flawed democracy), a média referente à participação política o iguala ao “regime híbrido” (hybrid regime) de Gana, enquanto que a cultura política é a mesma do “regime autoritário” (authoritarian regimes) do Cazaquistão (THE ECONOMIST, 2012). Tais dados são reflexos diretos da educação bra-

sileira, que também não apresenta bons números, ainda que tenha evoluído ao longo dos anos. Em 2011, a taxa de analfabetismo, no Brasil, de pessoas com 10 anos ou mais era de 7,9%, mas a de analfabetismo funcional chegou, em 2009, a alarmantes 20,3% (IBGE).

Ademais, como já explicitado, a própria visão do governo de que a Sociedade Civil não possui natureza político-propositiva, mas apenas gerencial e interlocutória, faz aumentar a descrença nos espaços participativos, transformando os números apontados tanto em causa como efeito da cultura política de baixa participação.

Sabemos que estes dados espelham apenas a média brasileira, sendo que algumas pessoas recebem boa educação, possuem ampla cultura política e/ou realizam uma atuação participativa. Porém, é a maioria da população – para a qual não é ofertada educação e/ou que não possui cultura política de participação –, que termina por diminuir as referidas notas. Por fim, não é apenas nos aspectos sociais ou econômicos que a nossa Sociedade Civil comprova sua heterogeneidade, mas também na participação política e suas percepções correlatas.

Gramsci também entende a Sociedade Civil – e, portanto, o conceito dela decorrente de Estado Ampliado – como um campo heterogêneo. Tanto que articula o processo de construção de uma nova hegemonia por meio da conquista gradual dos aparelhos privados da Sociedade Civil, denominada “guerra de posição”. Segundo ele, a guerra de posição, se dá através de “conquistas progressivas ou ‘processuais’ de espaços de direção político-ideológica e de formação de um consenso organizado e participativo no vasto campo da sociedade civil”²⁷ (DURIGUETTO, 2007, p.59). Se o Estado e a Sociedade Civil fossem esferas homogêneas, a tomada de posições não seria necessária ou mesmo possível.

E exatamente porque são campos heterogêneos, a guerra de posição encontra-se em permanente ocorrência no Estado. Havendo uma aula na universidade, um debate sobre questões sociais, um partido político, uma instância participativa, enfim, havendo um espaço no qual sujeitos troquem ideias, existirá uma troca de concepções de mundo, as quais refletirão, cada qual, ideologias, por vezes diversas e noutras ocasiões semelhantes.

27 A guerra de posição proposta por Gramsci é voltada para o modelo ocidental de desenvolvimento histórico, pois a socialização política seria uma característica essencialmente ocidental, sendo tal situação condicionante para a institucionalização das posições a serem tomadas pela sociedade civil organizada; no oriente, território no qual a sociedade política (Estado-coerção) teria mais poder do que a civil, o movimento fundante da revolução seria a guerra de movimento, realizada por uma estratégia de choque direto com o Estado, tal qual a revolução russa de 1917.

A ideologia é representativa dos princípios que o sujeito possui, de seus objetivos e do próprio espaço que ele ocupa na estrutura econômica. “Com efeito, a guerra de posição não é constituída apenas pelas trincheiras propriamente ditas, mas por todo o sistema organizativo e industrial que está por trás do exército alinhado [...]” (GRAMSCI, 2000, p.72).

Tal dinâmica de questionamento de concepções e, eventualmente, superação de uma sobre a outra, caracteriza uma guerra, na qual posições são perdidas por uma ideologia e tomadas por outra, que, por fim, objetiva se tornar hegemônica, ou seja, fundamentar ações, pensamentos e visão de mundo do Estado como um todo.

O Brasil, enfim, se caracteriza por esta realidade multifacetada. Possui uma política representativa com instrumentos de democracia direta e participativa; seus cidadãos são titulares de direitos fundamentais e também beneficiados por ações afirmativas; é dotado de políticas redistributivas, mas suas desigualdades sociais e econômicas são imensas. É, enfim, um Estado com várias contradições, mas, em suma, com uma Democracia em desenvolvimento.

Para que a guerra de posição seja devidamente realizada, todavia, é preponderante o fortalecimento de uma democracia substancialmente participativa, dotada de ideais emancipatórios humanos, que promova a conquista gradual dos aparelhos em questão, por grupos e sujeitos focados na concretização de uma contra-hegemonia. Assim, um dos maiores desafios “dos dirigentes democráticos e dos recursos humanos “inteligentes” das organizações – ou seja, também no Estado e na sociedade –, é dar curso a uma dinâmica de reforma intelectual e moral que tenha potência para criar novas hegemonias.” (NOGUEIRA, 2011, p.247).

Sendo o objetivo final estabelecer as bases para a difusão hegemônica da emancipação humana, faz-se mister incluir atores instrumentalizados, com propostas de partilha efetiva do poder, nos aparelhos privados, inclusive e especialmente naqueles provindos da democracia participativa. A estes faltaria apenas o conteúdo substancialmente emancipatório, pois tais órgãos já são formalmente democráticos, prevendo não apenas a participação, mas também a descentralização (que, por sua vez, multiplica as possibilidades participativas).

1.4. DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA E ADMINISTRATIVA

Ao lado da participação, a descentralização é outra expressão recorrente em variadas análises políticas, sejam elas tomadas a partir do Estado, da Sociedade Civil ou do poder. Já que oriundas de um contexto democrático, ambas as medidas relacionam-se com o poder, e, quando combinadas, estabelecem um contexto com potencial de transformação política. Tornam possível, enfim, a instrumentalização das demandas emancipatórias de maneira ímpar, através de um diálogo entre segmentos distintos da Sociedade Civil a nível local. Por outro lado, a aliança entre participação e descentralização também pode vir a promover a manutenção do status quo.

Por serem constantemente relacionados e, por vezes, até confundidos, analisar-se-á, em primeiro lugar, o conceito de descentralização, para somente depois associá-lo ao de participação e, por certo, ao de democracia participativa.

O processo descentralizador do poder envolve, em suma, a retirada da possibilidade de apenas a entidade central decidir sobre e/ou executar certas atividades. É uma tendência surgida a partir da descentralização política efetuada através dos Estados Federativos, em contraposição aos Unitários.

Como o próprio nome indica, os Estados Unitários, característicos do início da modernidade, eram dotados de um caráter de unidade, solidificado por uma centralização política, que não dependia de uma burocracia muito complexa ou mesmo a convergência de interesses antagônicos, já que assentava-se em um único órgão central (parlamento ou corte real).

No final do século XVIII – com a consideração de novos direitos (de 2ª dimensão), de demandas políticas inéditas, bem como transações econômicas internacionais –, a Constituição norte-americana, de 1787, adota uma nova forma de Estado, a Federativa, a qual, política e administrativamente, espelhava a complexa realidade de então. O Estado Federal baseava-se na descentralização do poder político entre vários entes, menores e mais regionais, formando a Administração Pública Direta. Posteriormente, tal organização estatal foi admitida por outras cartas constitucionais, inclusive a brasileira de 1889, produto

da proclamação da República. Tardando a inclinação federativa a abarcar no Brasil, sua contraparte centralizadora pôde se fortalecer em nosso território de modo bastante profundo.

Especialmente a partir de 1840 foi-se consolidando um governo centralizador, sentido esse que aparece distintamente na discriminação das rendas públicas, em nada favorável à Província e ao Município, em particular a este. A forma de garantir o poder do governo, ao lado do emprego aberto da força física, da guerra, era montar um aparelho administrativo que concentrasse realmente os meios pecuniários da Administração e dispusesse de um corpo de agentes disciplinados para o exercício metódico e despersonalizado das funções públicas. (FRANCO, 1997, p.121)

Isso não significa, porém, que os municípios não se desenvolviam. Sim, progrediam, mas à custa das forças locais, avigoradas exatamente pela centralização excessiva, que impedia os reflexos do poder central chegarem com a força necessária às localidades mais longínquas e atrasadas, justamente mais necessitadas de transformações. Desta feita, os sujeitos e grupos locais dominantes valiam-se da ausência de outros agentes e instituições oficiais, que pudessem combatê-los, para firmar-se nesta realidade centralizadora²⁸, assentando as bases do ainda presente coronelismo no Brasil.

Deste modo, apesar de a forma federativa de Estado constar no ordenamento jurídico do país desde o Decreto Constitucional de 1889, ela só foi implantada sob as atuais bases rígidas quase um século depois, com a Lei Maior de 1988 (TAVARES, 2008). A Federação considera autônoma a União e seus Estados-membros; e, no caso brasileiro, também os Municípios e o Distrito Federal, sendo tais entes Pessoas Jurídicas da Administração Pública Direta, formando uma “união indissolúvel” (art. 1º, BRASIL, 1988). Para Jellinek (*apud* TAVARES, 2008, p.990) “o federalismo é a unidade na pluralidade. Embora se fale de pluralidade, ela não pode desvirtuar e dissolver a unidade, necessária para que se mantenha o Estado”.

Ressalta-se que a consideração, pela nossa Constituição, dos municípios como entidade político-administrativa autônoma é “a grande característica de nossa federação,

²⁸ A centralização neste período histórico era de tal ordem que passou a ocorrer uma confusão entre o público e o privado, já que o governo local, sem recursos para se desenvolver, melhorar as condições de vida da população e mesmo se gerir, era obrigado a pedir favores das elites da região.

“E o resultado disto foi que, em lugar do funcionário público tornar-se cada vez mais um executivo que apenas gere os meios da administração, manteve-se preservada a situação em que ele detinha sua propriedade. Isto significa, evidentemente, que ele os podia controlar autonomamente, pois se ele os possuía. Seu, era o dinheiro com que pagava obras; seu, o escravo cujos serviços cedia; sua, a cada onde exercia as funções públicas.

Essa mistura entre a coisa pública e os negócios privados fundamenta, sem dúvida, a extensão do controle pessoal a todo o patrimônio do Estado.” (FRANCO, 1997, p.131)

[sendo] a única de todos os Estados federais” (CASTRO *apud* TAVARES, 2008, p.1021) a fazê-lo.

A realidade simples que hoje se descobre é que 80% ou 90% das necessidades da comunidade, como construção e gestão de escolas, organização das redes comerciais e financeiras, criação da infraestrutura de saúde, preservação do meio ambiente, política cultural, entre outras, podem ser resolvidas localmente, e não necessitam da intervenção de instâncias centrais de governo, que tendem a burocratizar o processo. (DOWBOR, 1994, p.22-23)

As entidades federativas da Administração Pública Direta caracterizam-se por dois elementos básicos, presentes nos artigos 18 e 42 da Constituição brasileira (BRASIL, 1988): a existência de órgãos governamentais próprios, autônomos em relação à sua investidura e forma de seleção; e a posse de competências exclusivas, determinadas constitucionalmente, sobre as quais sua decisão e execução são privativas²⁹. União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios dispõem, portanto, de autonomia administrativa, financeira e política, fruto de uma descentralização política, formatadora da Administração Pública Direta brasileira.

A descentralização política ocorre quando o ente descentralizado exerce atribuições próprias que não decorrem do ente central; é a situação dos Estados-membros da federação e, no Brasil, também dos Municípios [e do Distrito Federal]. Cada um desses entes locais detém competência legislativa própria que não decorre da União nem a ela se subordina, mas encontra seu fundamento na própria Constituição Federal. As atividades jurídicas que exercem não constituem delegação ou concessão do governo central, pois deles são titulares de maneira originária (DI PIETRO, 2006, p.404).

Há, além da descentralização política, outras formas de distribuição do poder existentes no ordenamento jurídico brasileiro, quais sejam: a desconcentração e a descentralização administrativa. Estas, porém, não geram autonomia³⁰, pois apenas deslocam atribuições centrais ou para órgãos internos ou para pessoas externas, residindo neste ponto a diferença entre estas duas últimas modalidades de distribuição do poder.

A descentralização [administrativa] pressupõe pessoas jurídicas diversas: aquela que originariamente tem ou teria titulação sobre certa atividade e aquela ou aquelas às quais foi atribuído o desempenho das atividades em causa. A desconcentração está sempre referida a uma só pessoa, pois cogita-se da distribuição de competências na intimidade dela, mantendo-se, pois, o liame unificador da hierarquia. (grifos nossos) (MELLO, 2010, p.151)

²⁹ Além de, obrigatoriamente, possuírem competências exclusivas (privativas), os entes da Federação também possuem competências comuns e concorrentes aos outros entes, como expresso, respectivamente, nos artigos 22, 23 e 24 da Constituição (BRASIL, 1988).

³⁰ “Autonomia, de autós (próprio) e nómos (lei) significa o poder de editar as próprias leis, sem subordinação a outras normas que não as da própria Constituição; nesse sentido, só existe autonomia onde haja descentralização política” (DI PIETRO, 2006, p.404).

Quando o Estado descentraliza administrativamente seus serviços, o faz para Pessoas Jurídicas da Administração Pública, pois tratam-se de serviços públicos; porém, estas Pessoas são da Administração Pública Indireta, formadas pelas autarquias, sociedades de economia mista, empresas públicas, fundações, agências executivas e agências reguladoras. E, em outra via, quando o Estado desconcentra suas atividades, realiza tal processo internamente, ou seja, para órgãos de sua própria estrutura.

Tal desconcentração se faz tanto em razão da matéria, isto é, do assunto (por exemplo, Ministério da Justiça, da Saúde, da Educação etc.), como em razão do grau (hierarquia), ou seja, do nível de responsabilidade decisória conferido aos distintos escalões que corresponderão aos diversos patamares de autoridade (por exemplo, diretor de Departamento, diretor de Divisão, chefe de Seção, encarregado de Setor). Também se desconcentra com base em critério territorial ou geográfico (por exemplo, delegacia regional da Saúde em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais etc.). (grifos do autor) (MELLO, 2010, p.150)

Em resumo, na desconcentração, o Estado atua diretamente, através de sua própria estrutura, mesmo que não por meio de seu órgão central; já no caso da descentralização administrativa, o faz de modo indireto, por outras pessoas, de regime jurídico distinto do Estado.

Seja qual for o processo descentralizador, é preciso entender que ele criará, sem dúvida, novas relações e configurações do poder. Por outro lado, é verdade que as medidas de descentralização administrativa e desconcentração, quando comparadas à descentralização política, criam estas novas possibilidades em grau muito menor, pois não dependem da existência prévia de entes autônomos da Administração Pública Direta para serem implementadas. Um único ente central soberano pode desconcentrar internamente suas competências e descentralizar externamente a administração de outras.

É uma configuração diametralmente oposta à presente no período ditatorial, pois se tal época foi caracterizada por uma centralização política, esta não se deu somente pela relatada ausência de participação da sociedade civil, mas também pela exclusão dos municípios e estados-membros nas definições dos planos governamentais. Nesta época,

[...] todos os governadores e prefeitos detinham escassa autonomia fiscal: a centralização financeira instituída pela reforma fiscal de meados dos anos 60 concentrou os principais tributos nas mãos do governo federal e, ainda que tenha ampliado o volume da receita disponível dos municípios uma vez realizadas as transferências, estas estavam sujeitas a estritos controles do governo federal. Finalmente, os governadores não tinham autoridade sobre suas bases militares, uma vez que as

polícias militares estaduais foram colocadas sob controle do Exército. Ora, relações intragovernamentais desta natureza caracterizam os Estados unitários, nos quais o poder político no plano local é uma delegação do governo central, fonte exclusiva da autoridade política (Riker, 1987 *apud* ARRETCHE, 2000, p.45)

Partindo de tal contexto, torna-se expressa a inclusão dos municípios na descentralização política adotado no final da década de 80. E uma vez promovida esta descentralização política, foi possível pensar em formas mais modernas de desconcentração e descentralização administrativa, as quais passam a ser geradas pelas necessidades estaduais e municipais, ramificando cada vez mais o poder.

Ganhando gradativamente adesão, tanto do Estado como da Sociedade Civil, os processos de descentralização, seja qual for a modalidade analisada, passam a ser dotados de uma valoração excessivamente positiva. O poder nas mãos de poucas pessoas é, sem dúvida, uma situação periclitante, levando ao pensamento lógico de que seu extremo oposto só poderia ser benéfico, o que também não corresponde à uma conclusão absolutamente acertada.

A descentralização adotada no Brasil decorreu, em grande medida, de fatores tanto nacionais quanto internacionais, bastante similares àqueles determinantes neoliberais que incluíram a participação social em nossa política.

Na verdade, o que essas diretrizes de descentralização reforçam é a ampliação da lógica mercantil no campo dos direitos sociais conquistados na Carta de 1988. E essas diretrizes vão começar a ser materializadas nos processos que envolvem uma reforma geral do Estado, orientada segundo os postulados do Consenso de Washington. (DURIGUETTO, 2007, p.176)

William Dillinger (1995, *apud* ARRETCHE, 1996, p.01), comprova que tal medida não foi somente brasileira ou mesmo hodierna, pois, já na década de 80, “de 75 países considerados em vias de desenvolvimento ou em economias de transição, 63 teriam implementado reformas na quais teria ocorrido um processo de transferência de poder político para os governos locais”. Ou seja, geram-se novas possibilidades de incrementar a participação social.

Paralelamente a esse processo, em face da conjuntura neoliberal, surgem no ordenamento jurídico brasileiro instrumentos que, abarcados sob uma mesma designação, qual seja, a terceirização³¹, passam a dominar de maneira mercantilista a execução de inúmeras

³¹ “Terceirização significa, pura e simplesmente, passar para particulares tarefas que vinham sendo desempenhadas

políticas sociais. E além destas, outras formas de descentralização privatistas são instituídas na política brasileira, apesar de francamente ilegais. São a parceria público-privada e os órgãos do terceiro setor³². “É prescindendo [sic] dizer que na implantação destas ‘novidades’, o Direito Constitucional pátrio foi atropelado sem contemplações” (MELLO, 2010, p.1077).

Neste quadro, especialmente a partir da formalização neoliberal na política, em 1990, com a instituição do Plano Nacional de Desestatização (PND)³³, o processo de descentralização transferiu-se do caráter político para o administrativo-particular. Torna-se constante em nossa política a presença de empresas públicas privatizadas, concessionárias, agências reguladoras, bem como as organizações não governamentais, sociais e da sociedade civil de interesses público³⁴.

Contraditoriamente, no momento em que se reconhece o avanço da democracia formal, também fica mais evidente o avanço da concentração do capital. Este avanço do capital na formação de oligopólios aparece revestido de diferentes denominações: programas de parceria, qualidade, solidariedade, cidadania, responsabilidade social, justiça, direitos humanos e, sobretudo, democrático. (KRÜGER, 2009, p.04)

Novamente, expedientes de naturezas diversas, desta feita descentralização e política neoliberal, convergem-se para o propósito da sociedade civil ativa, sob um contexto hegemônico de diminuição das responsabilidades sociais do Estado.

pelo Estado. Daí, que este rótulo abriga os mais distintos instrumentos jurídicos, já que se pode repassar a particulares atividades públicas por meio de concessão, permissão, delegação, contrato administrativo de obras, de prestação de serviços etc. Com isto, é bem de ver, falar em terceirização não transmite ao interlocutor a mínima ideia sobre aquilo que está de direito a ocorrer. Isto é, não se lhe faculta noção alguma sobre a única coisa que interessa a quem trata com o Direito: a identificação de um regime jurídico incidente sobre a espécie cogitada.” (grifos do autor) (MELLO, 2010, p.224)

32 “Parceria, também é uma expressão extremamente genérica, prestante para indicar qualquer modalidade de colaboração entre entidade pública e particulares; logo, também insuficiente para permitir identificar o instituto jurídico que estaria em causa. Acabou por surgir, com a Lei 11.079, de 30.12.2004, um teratológico instituto, repleto de inconstitucionalidades, que veio a ser designado como “parceria público-privada” e que foi apresentado como sendo uma “espécie de concessão de serviço público”. [As referidas inconstitucionalidades são analisadas detalhadamente pelo autor nas páginas 785-790] [...].

Terceiro Setor é outra inventiva da criatividade dos administradores ou economistas do período do apogeu do neoliberalismo entre nós. Designa entidades que não são estatais e também não são prepostas a objetivos mercantis, predispondo-se, ao menos formalmente, à realização de objetivos socialmente valiosos e economicamente desinteressados. Enquadram-se nesta categoria as Organizações Sociais, previstas na Lei 9.637, de 15.5.98 e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), reguladas na Lei 9.790, de 23.3.99.” (MELLO, 2010, p.224-225)

33 O Plano Nacional de Desestatização (PND) foi instituído pela Medida Provisória nº 155, de 15 de março de 1990, convertida em Lei nº 8.031, de 12 de abril de 1990 e, posteriormente, revogada pela Lei nº 9.491, de 9 de setembro de 1997. Tal plano contém a ideologia neoliberal de modo explícito em seus dispositivos, determinando, por exemplo, como objetivos fundamentais: “objetivos fundamentais: I - reordenar a posição estratégica do Estado na economia, transferindo à iniciativa privada atividades indevidamente exploradas pelo setor público; [...] IV - contribuir para a reestruturação econômica do setor privado, especialmente para a modernização da infra-estrutura e do parque industrial do País, ampliando sua competitividade e reforçando a capacidade empresarial nos diversos setores da economia, inclusive através da concessão de crédito; V - permitir que a Administração Pública concentre seus esforços nas atividades em que a presença do Estado seja fundamental para a consecução das prioridades nacionais; VI - contribuir para o fortalecimento do mercado de capitais, através do acréscimo da oferta de valores mobiliários e da democratização da propriedade do capital das empresas que integrem o Programa” (BRASIL, 1997).

34 Vale lembrar que a imprensa noticia reiteradamente tais organizações como exemplos de fraude e corrupção, numa confusão entre público e privado, que também é tema frequente de estudos acadêmicos científicos.

A descentralização é fomentada pelo Estado, de forma a responsabilizar entes não ligados diretamente à sociedade política (“Estado restrito” da democracia representativa), tais quais agências reguladoras, sociedades de economia mista, empresas públicas, autarquias, conselhos, conferências, os quais acabam servindo de barreira aos ataques políticos frontais.

A reação à minimização do central é o crescimento da região descentralizada, o local, que depende, agora mais do que nunca, de uma base estrutural, para que possa realizar suas novas obrigações. Desta necessidade, as relações que compõem a participação social passam a se configurar de uma nova maneira, fornecendo, através de sua força e influência, parte dos elementos necessários para que sua respectiva região se desenvolva.

1.5. PODER LOCAL

Formalmente, até a proclamação da República em 1889, o Poder Local era um conceito mais coisificado, e poderia ser considerado quase um sinônimo de poder econômico. Tal fato se dava pela realidade de um passado não muito distante (e mesmo hoje em dia, presente em certas localidades), segundo a qual a influência social e política de um indivíduo era determinada por sua capacidade financeira.

Em sua obra seminal, “Homens livres na ordem escravocrata”, Franco (1997) expõe os meios pelos quais o latifundiário dos tempos imperiais fazia valer sua dominação sobre o restante da comunidade em que se encontrava. Proprietário de terras a perder de vista, o dono do latifúndio mantinha relações com tropeiros, vendeiros, jagunços, agregados, camaradas e, muitas vezes, com as famílias destes, todos “homens livres” desprovidos de meios de produção – exceto o próprio fazendeiro, é claro.

Mantendo sua dominação pessoal³⁵ sobre todos estes indivíduos, o latifúndio trans-

³⁵ Vale ressaltar que a relação de dominação pessoal de Franco relaciona-se com os conceitos de cordialidade, exposto por Holanda, e de violência simbólica, de Bourdieu.

“Holanda (1963, p.137) afirma que a cordialidade tornou-se a marca do povo brasileiro. No entanto, a concepção de cordialidade evidenciada [...] extrapola a noção de homem cordial enquanto padrão de civilidade ligada às boas maneiras, à educação. A visão de cordialidade perpassa a ideia de coerção, expressa em mandamentos e sentenças e de submissão, que foi construída na alma brasileira através da introjeção dos padrões de convívio humano, informados no meio rural e patriarcal.

No entanto, essa coerção é despercebida, não é sentida como tal. Nesse sentido, a ideia de coerção evidenciada por Holanda (1963) aproxima-se da ideia de violência simbólica expressa por Bourdieu (1998), e se dá, na prática, através do sentimento de dever votar naquele candidato como forma de pagamento dos favores pessoais por ele prestados, do não-questionamento das estruturas sociais e, conseqüentemente, da perda gradativa do sentimento de potencialidade política do sujeito enquanto produtor de sua própria história.” (SCHIMANSKI, 2007, p.83-84)

formava-se numa pequena comunidade. E sendo esta uma área de enormes proporções, a comunicação com pessoas não inseridas nas relações de poder ali desenvolvidas era dificultada, o que impedia a coesão social e o surgimento de outras ideologias. Em última instância, o exercício do livre-arbítrio era sistematicamente negado aos “homens livres”, já que o latifundiário impunha sobre eles suas ideias, forçando-os a tomar certas atitudes, em retribuição pela sua proteção e acolhimento.

Eram homens livres, e, ainda assim, prisioneiros em relações de poder que sequer percebiam. Como ambicionar a liberdade, se a dominação sequer é compreendida? É, sem dúvida, um exemplo bastante claro da hegemonia gramsciana, que perpassava todo o território rural deste proprietário.

Sua adesão em troca dos benefícios recebidos é tão automática que nem sequer são tomadas medidas que assegurem seu voto; tampouco se cogita de providências para atrair eleitores cuja fidelidade está definida para o lado contrário. Umas seriam desnecessárias e outras inúteis.

Por esse motivo mesmo, as técnicas institucionalizadas para a tomada e a manutenção do poder político não se constituíram para a manipulação do eleitorado ou o aliciamento de prosélitos, mas se organizaram para a interferência no processamento e no resultado das eleições. (FRANCO, 1997, p.87)

O homem livre e pobre não percebe a esfera política como representativa, já que seus interesses são diretamente satisfeitos pelo latifundiário. Suas necessidades correspondem à outra realidade, fazendo com que este homem deixe a política para outros indivíduos, mais “sábios” do que ele. O conformismo político torna-se benéfico para ambas as partes: o homem médio não precisa se envolver em relações estranhas à sua realidade e o “sábio” – em verdade, apenas alguém que conhece as potencialidades da política – tem uma via desimpedida para concretizar seus interesses. À medida que mais pessoas se desinteressam pelas relações desenvolvidas na esfera política, menos representativa ela se torna, tornando-se ainda menos estimada (até enojada) pela população em geral, e assim por diante³⁶.

Esta realidade se transformou – ou, ao menos, ganhou o potencial de ser transformada – apenas com a socialização política, gerada pela adoção democrática dos direitos de primeira e segunda dimensão, formalizando as liberdades civis e política, bem como as

36 Dificil não relacionar este círculo vicioso com o tão conhecido poema “O analfabeto político”, do qual trazemos a seguinte estrofe: “O analfabeto político é tão burro que se orgulha e estufa o peito dizendo que odeia a política; Não sabe o imbecil que da sua ignorância política nasce a prostituta, o menor abandonado, e o pior de todos os bandidos que é o político vigarista, pilantra, o corrupto e lacaio dos exploradores do povo.” (BRECHT)

garantias sociais. Ainda assim, os dados apresentados sobre participação política, cultura política e mesmo educação, no final do capítulo 1.3, demonstram que tanto a concretização dos direitos fundamentais como a socialização política não foram totalmente efetivados no Brasil.

Mesmo implementadas na estrutura do nosso imperfeito Estado Democrático de Direito, as medidas participativas e descentralizadoras ascenderam sujeitos, até então, menos evidentes no cenário das relações de poder. Novos contornos são formatados na realidade municipal, agora em destaque³⁷. Este novo contexto, constituído por órgãos de gestão pública participativa e descentralizada, instrumentaliza as Sociedades Civil e Política mais regionalizadas, de forma que se comuniquem (ao menos, em teoria) mais facilmente com instâncias verticalmente superiores e horizontalmente semelhantes. Governos de uma mesma região, associações civis com interesses em comum, órgãos participativos com objetivos compartilhados, dentre outras instâncias e instrumentos, estabelecem redes capilares de comunicação, trocando informações valiosas entre si.

O Poder Local se insere nesta ótica como um elemento de preponderante importância, afinal ele se constitui de sujeitos e forças ligados diretamente ou indiretamente aos últimos elos desta cadeia de interesses. Uma estrutura mais fragmentada e plural de interesses é, deste modo, formatada, espelhando o mundo globalizado do século XX. E o próprio conceito em questão seguiu esta evolução nas relações de interesses. Antes, o critério definidor do Poder Local era sua base geográfica, “[...] que usualmente ultrapassava um município, embora com a presença mais efetiva em uma dada localidade e hegemonia política em uma dada base territorial [...]” (GOHN, 2011, p.38). Com a globalização e, no Brasil, com a adoção de medidas participativas e descentralizadoras, o conceito de Poder Local se desenvolveu.

Nos anos 1990, o poder local passa a ser visto, de um lado, como sede político-administrativa do governo municipal [...], e de outro, pelas novas formas de participação e organização popular, como dinamizador das mudanças sociais. Como isso foi possível? Justamente porque a categoria ampliou-se, abarcando outras dimensões, além da geográfico-espacial, tais como a questão do comunitário e do associativismo. O poder local passou a ser visto como um espaço de gestão político-administrativa e não como simples sede das elites (econômicas, sociais e políticas). (GOHN, 2011, p.38)

37 Faz-se necessário acentuar que a adoção das medidas em questão não criou tais sujeitos, não os fizeram brotar do nada, mas os dotaram de novos instrumentos, de forma a inseri-los em um novo contexto jurídico e político.

“Como objeto de investigação, o local não é, portanto, apenas fisicamente localizado, mas socialmente construído” (FISCHER, 1993, p.11). É preciso compreender que a definição de Poder Local não se subsume e nem é limitada pelos conceitos de Sociedade Civil ou Sociedade Política, sendo, antes de tudo, formada pelas relações que os sujeitos destas esferas constituem entre si. Dialoga, portanto, com o conceito, já examinado neste trabalho, de Estado Ampliado, por aproximar as diferentes esferas da Sociedade sob uma mesma realidade teórico-operacional. Até porque não são determinantes apartadas, isoladas em universos particulares.

Interesses econômicos, políticos, sociais e de qualquer outra esfera, formam um emaranhado, sendo o Poder Local, segundo Silva, S. F. (2001, p.92), “entendido como poder que emana dessa rede de relações que se estabelece no ‘local’”. Retoma-se, a partir deste contexto, o conceito de poder relacional do capítulo 1.1. e, por conseguinte, a teoria gramsciana sobre a hegemonia, já que ela também se baseia na ramificação das relações de poder.

O que descobrimos são relações, e é aqui onde reside o poder, onde podemos localizá-lo e tratar de apreendê-lo conceitualmente. Não no âmbito da relação ser humano-coisa (núcleo do fetichismo e da coisificação), nem no da relação ser humano-natureza (espaço teórico no qual se move o materialismo metafísico dos iluministas franceses do século XVIII ou o DIAMAT soviético no século XX), mas naquela outra dimensão constituída pelas relações dos seres humanos entre si. (KOHAN, 2007, p.31)

Para Gramsci, o poder não é coisificado, mas expressão da hegemonia dispersa por todo o corpo social, assumindo um caráter relacional e difuso³⁸. Neste sentido, Sader (1999, p.535-536) entende que “a construção das bases de um novo poder é, portanto, um processo político, entendido este como síntese das relações econômicas, sociais, institucionais, ideológicas e militares”. Nas palavras de Dowbor (1994, p.11), o que define o Poder

38 Vale apontar que, de modo algum, desconhecemos ou refutamos a validade de outras teorias relacionais do poder, especialmente as elaboradas por Habermas e Foucault. Em certo sentido, elas, inclusive, dialogam com a gramsciana. Todavia, a presente pesquisa depende, sobremaneira, de outros conceitos gramscianos, tais quais “Sociedade Civil”, “Estado ampliado”, “Hegemonia”, “Guerra de posição”, dentre outros que não encontram aporte nos autores mencionados. Especificamente em relação Habermas, Gohn (2011, p.44-45) nos explica que seu conceito “de esfera pública restringe o papel dos novos ‘públicos’ a interlocutores de uma ação comunicativa, constituídos via interlocuções públicas, à mera ‘influência’ nas decisões governamentais, legislativas ou do executivo, e não de sujeitos deliberativos atuando diretamente nos processos”. Sendo nosso estudo focado exatamente na influência efetiva que os órgãos participativos exercem sobre a Administração Pública, os conceitos habermasianos restringiriam suas conclusões.

Já sobre a teoria de Foucault, entendemos, consoantes a Kohan (2007, p.28), que os mecanismos impessoais de poder trabalhados pelo autor os tornam abstratos, deshistoricizados no que tange às relações sociais de produção, diferenciando-se enormemente do materialismo histórico presente em Gramsci. E considerando a relação antropológica da participação social nos Conselhos Gestores, os conceitos foucaultianos também não nos serviriam.

Frisamos, contudo, que a não utilização de tais autores, por óbvio, não invalida suas teorizações, sendo, apenas, que, em nosso entendimento, a gramsciana é a mais adequada para o presente estudo.

Local do município é sua “capacidade de autotransformação econômica e social”. Os interesses, tensões e relações que constituem o poder local, deste modo, podem se travestir de inúmeras naturezas.

Por isso mesmo, esta não é uma categoria subdividida segundo critérios específicos – poder local político, poder local econômico, poder local social, etc. Segundo a teoria marxiana (no que é seguida por Gramsci), o poder local é, assim como qualquer fenômeno, uma síntese de múltiplas determinações. Tandler, em seu estudo dos conselhos municipais de combate à seca cearense, realizado no início da redemocratização, demonstra como interesses até mesmo excludentes à primeira vista podem ser convergidos pelo poder local, para a satisfação de um objetivo primário, no caso, o ganho econômico.

A constituição dos Conselhos, com exceção dos dois membros que representavam o sindicato rural e as igrejas locais, procedeu de associações cívicas que representavam as elites locais – como a associação dos proprietários rurais, a associação comercial, o Rotary Club e a maçonaria. Estes últimos representantes não compartilhavam necessariamente os interesses da pobreza rural para a qual o programa de combate à seca se voltava. No máximo, eles tradicionalmente cooperavam com o governo local para repetir os resultados clientelistas de programas anteriores. (TENDLER, 1998, p.209)

Assim, a autora conclui que os entusiastas da descentralização e participação “não compreendem que a representação genuína dos pobres não é sempre um pré-requisito para o melhor atendimento das suas necessidades” (TENDLER, 1998, p.210). Ocorre que, apesar de não ser condição obrigatória para um atendimento mais solidário, tal situação demonstra que a ausência de representação das classes dominadas no Poder Local resultará numa assistência às mesmas somente quando, ou melhor, se a falta deste auxílio for prejudicial para as classes que compõem a elite.

Faz-se mister compreender que a Sociedade Civil não é homogênea, mas uma arena de interesses opostos, por vezes diametralmente antagônicos. Tal como ocorre na Sociedade Política e, por fim, no Estado Ampliado gramsciano. Estes espaços não são mais do que abstrações teóricas constituídas por valores, proveitos, benefícios, contra-prestações, preconceitos e outros vários elementos, os quais só podem ser compreendidos quando sopesadas suas totalidades, ou seja, seus múltiplos determinantes. Não sendo as relações de poder construídas nestes espaços locais examinadas levando-se em consideração o todo social, existe o risco de desagrega-las de sua base material-histórica.

Ocorre que esta totalidade social, da qual deve-se partir a análise dos fenômenos locais, não se restringe ao território localizado. As políticas públicas, mesmo as localizadas, são resultado de determinantes locais, estaduais e nacionais, necessitando de uma rede fortificada de relações de poder. E mesmo o conceito de Poder Local, como afirmado no começo deste capítulo, evoluiu de sinônimo de “base territorial” para algo maior, que abarca novas dimensões além da geográfico-espacial. Ainda assim, esta dimensão é de extrema importância, especialmente quando considerada de forma correspondente a outros níveis hierárquicos. Pois se o local é definido “por exclusão e oposição a outros níveis (o local se opõe ao global, o local se opõe ao nacional), não há como estudar o tema sem fazê-lo correlativamente, em um duplo movimento: do Estado central ao local, do local ao central” (FISCHER, 1993, p.13).

Políticas públicas tanto a nível nacional como estadual afetam, sem dúvida, os habitantes dos municípios brasileiros. E o sentido contrário, de influência do nível mais elevado pelo localizado, também ocorre, já que a carência de certas regiões ou municípios por determinadas políticas públicas demanda do Estado uma atitude – e esta pode vir a ser responsabilidade tanto municipal, como estadual ou federal.

A ascensão deste movimento entre os vários níveis governamentais brasileiros, caracterizado por demandas mútuas e influência recíproca, só foi possível graças à adoção definitiva do pacto federativo, por meio do processo de redemocratização, o qual, por fim, também colocou, sob a égide da participação, sujeitos e direitos até então desconsiderados.

Por meio desta participação, de caráter descentralizado e democrático, instrumentos e órgãos, constituídos por segmentos representativos daquela realidade, são incluídos na estrutura do Estado, de modo a controlá-lo socialmente. Assim, o Poder Local influenciará os colegiados participativos e descentralizados segundo sua própria configuração heterogênea de sujeitos, interesses, relações e determinantes históricos, geográficos e temporais, caracterizando tais espaços como mais ou menos hegemônicos. Espaços estes que poderão se utilizar dos meios institucionais para manter relações classistas ou para tentar extingui-las.

Nessa medida, o trabalho por nós tratado, que busca arraigar no campo social práticas participativas e emancipatórias, encontra-se em um ponto máximo de tensionamento com a concepção neoliberal desestruturante. Na apropriação do discurso de participação e cidadania, o projeto hegemônico que adquire dimensões globais, busca neutralizar práticas verdadeiramente emancipatórias. (TONELLA, 2006, p.35)

A dualidade do caráter democrático, fundado na somatória participação e descentralização, surge mais uma vez dotado de expectativas e desenganos.

A transferência do poder decisório para o município tem duas vertentes, segundo Rolnik e Somekh (2001). A primeira, com um perfil democratizante, compreende a descentralização como a forma de maior participação dos cidadãos no controle e na responsabilidade social. Na segunda, o interesse está fincado nos processos de modernização gerencial da gestão pública, o que significa aumento da eficiência do governo local, sem garantir uma maior participação dos cidadãos no processo decisório. (TONELLA, 2006, p.36)

A heterogeneidade tanto da Sociedade Civil como da Sociedade Política, novamente, apresenta-se como base de múltiplas possibilidades. Seguindo esta linha de raciocínio, Gohn conclui o seguinte:

Dado o caráter público das instâncias que os experimentos são vivenciados, a ambiguidade assinalada acima pode resultar tanto em cidadãos ativos, no sentido de politizados, com visão crítica da realidade, conhecedores dos problemas que os circundam, com compreensão sobre as causas e origens desses problemas, como em cidadãos ativos só na dimensão de simples tarefeiros, executores de “missões”, com atuações individualizadas e personalistas, muito distantes de qualquer sentido público propriamente dito, respaldando-se em éticas e culturas que só contribuem para corroer ainda mais a já desgastada credibilidade dos órgãos públicos. (GOHN, 2011, p.47-48)

A configuração da participação de cada município será diversa da dos outros, segundo sua própria dinâmica política, de envolvimento, compromisso e conscientização da população, da possibilidade de diálogo com a Sociedade Política, dentre outros. E as particularidades também existirão em cada uma das instâncias e órgãos participativos locais, já que constituídos por diferentes sujeitos, grupos e segmentos do respectivo Poder Local.

A tomada dos espaços sociopolíticos por estes cidadãos ativos e politizados, portanto, é essencial, sob pena de a constituição do Poder Local ficar restrita aos “cidadãos tarefeiros”, direta ou indiretamente ligados à Administração, reproduzindo as falhas e imperfeições do Poder Público. Esta tomada de espaços assemelha-se, inclusive, ao conceito gramsciano de “guerra de posição”, explanado no capítulo 1.3.

Como a categoria teórica da Democracia Participativa relaciona-se diretamente à

do Poder Local, esta última também guarda ligação imediata com a guerra de posição, a qual se caracteriza pela obtenção progressiva “de posições no seio da sociedade civil como base para novos avanços, que gradativamente tornarão realista a questão da conquista democrática do poder de Estado pelas classes trabalhadoras” (COUTINHO, 1984, p.43).

Como lembra Rivellos (1990) ... ‘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’. (grifo nosso) (FISCHER, 1993, p13)

Quanto mais democráticas as referidas tensões, quanto maior a qualidade emancipatória deste “contra-poder”, então maiores as possibilidades de surgimento de ideais contra-hegemônicos. Ocorre que, como afirmado, tal ascensão depende de uma constituição democrática, instrumentalizada e proativa do correspondente Poder Local, que, por sua vez, traduzir-se-á num empoderamento desta instância.

Em outras palavras, empoderamento pode ser entendido como uma maior presença nas relações de poder, inculcada por fatores externos ou conquistada a partir de iniciativas próprias, que permite aos sujeitos participantes aumentarem a eficácia de sua cidadania. Mas a qualidade deste empoderamento depende da própria caracterização do Poder Local.

Para os teóricos do “empowerment” comunitário, a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de “empowerment” impliquem, muitas vezes, a redistribuição de poder e a resistência daqueles que o perdem. (CARVALHO, S. R., 2004, p.1091)

A caracterização emancipatória do Poder Local é dificultada pela distribuição não equitativa de influência e força nas relações de poder. Se configurado e constituído em termos socialmente plurais e democráticos, o Poder Local teria mais facilidade em se empoderar, o que, por sua vez, resultaria num controle social mais eficaz e, portanto, numa relação de proximidade entre Sociedade Civil e Sociedade Política, de modo a avizinhar a noção ideal de Estado Ampliado. Tais relações cadenciais de causa e efeito, porém, demandam vários fatores organizados em conjunto, a começar pela percepção da Sociedade Civil pela Sociedade Política.

Esta comunicação entre as diferentes esferas que constituem a realidade social deve, pelo apresentado, ser ordenada para um objetivo comum – de preferência, a emanci-

pação social –, pois, de outro modo, a totalidade do local não pode ser atingida.

Parece-me cada vez mais evidente que estas três dimensões – nacional/local, público/privado e poder/população – relacionam-se muito fortemente. Acredito que se modificou a abordagem do poder local. Isto porque, o que se torna mais essencial no momento não é a análise isolada dos termos, uma das dimensões ou polos dessas relações, mas a análise da própria relação, da mudança de articulação. Mudança de articulação entre o poder central e o poder local. Mudança de articulação entre o que presta serviços e o usuário, o poder público e o usuário e a intervenção de novos atores no campo da gestão dos serviços. (FISCHER, 1993, p.16)

Para fortalecer democraticamente o Poder Local, a articulação deve ser dinâmica e ampliada, correlacionando as dimensões mencionadas pela autora, aproximando também as instâncias participativas e o governo. Afinal, dentre as esferas de poder, também se encontram as provindas da Sociedade Civil, sendo que a inclusão destas possibilita a operação local do controle social.

Descentralizar não deveria produzir enfraquecimento dos níveis centrais de governo em benefício dos níveis locais ou regionais, mas sim fortalecimento recíproco de todos eles, uma espécie de repactuação das relações intergovernamentais feita em nome da suspensão da concorrência predatória de todos contra todos. A reforma democrática do Estado traz consigo uma ideia de descentralização como movimento que só se sustenta e produz efeitos virtuosos se estiver organizada a partir de um claro esquema de coordenação e se funciona mediante articulações dinâmicas entre os diferentes níveis de governo. Não se trata de dar mais poder ao poder local, mas de conceber estruturas que reforcem todas as esferas de poder, que criem sinergias entre elas e que as submetam ao controle social. (grifo nosso) (NOGUEIRA, 2011, p.77)

O complexo de relações de poder formado a partir desta estruturação – aqui denominado poder local – não é facilmente demarcado, pois, mesmo localizado, encontra-se em contínua mutação, com constantes inclusões e exclusões de sujeitos e grupos, bem como reordenações de suas prioridades. As relações sociais possuem diversas formas de se expressar, podendo atuar através de legislações, de normativas, de festividades, de símbolos, entre outras.

Se aproximarmos a discussão de Poder Local à de hegemonia, contra-hegemonia e guerra de posição, poderemos afirmar que ambas as temáticas têm elementos em comum no que se refere à capacidade de seus sujeitos. E, em função da capacidade do Poder Local de readequar-se às novas situações e realidades, seu potencial de transformação (tanto de si, como da realidade na qual está inserido) é imenso, desde que esteja instrumentalizado para tanto.

Especificamente no campo da saúde, as relações constitutivas do Poder Local têm seus meios e instrumentos, sendo que sua ocupação via “guerra de posição” também se faz presente. Afinal, a descentralização foi adotada tanto na prestação dos serviços, como na definição de políticas a serem implementadas neste setor, em conjunto com a democracia participativa.

Não é possível analisar as políticas locais sem considerar os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais mais amplos. Por sua vez, também é preciso reconhecer que os grupos locais, mediante o exercício do poder local, podem influenciar no encaminhamento das políticas de saúde. (SILVA, S.F., 2001, p.93)

E esta influência é explícita na política de saúde, mesmo com o neoliberalismo presente tanto no período da redemocratização como hodiernamente, conforme há de se verificar no próximo capítulo.

2. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

A saúde relaciona-se à efetivação do bem jurídico mais valioso, a vida, sendo, portanto, o debate sobre a sua plena consecução primordial. Exemplo de um direito social, e, destarte, fundamental de segunda dimensão, o direito à saúde é preconizado pela Constituição de 1998, compondo o princípio maior do ordenamento jurídico brasileiro, a dignidade da pessoa humana.

Sem acesso às políticas de saúde, como as de vigilância, atenção primária ou mesmo de média e alta complexidade, o desenvolvimento humano resta severamente prejudicado, quando não totalmente obstruído. Neste sentido, a evolução político-jurídica se deu no sentido de tornar obrigatório o fornecimento de certos direitos básicos, dentre os quais a saúde.

É verdade que, se por um lado, ainda não podemos nos referir ao nosso Estado Democrático de Direito como plenamente substantivo, ou seja, no qual os direitos fundamentais – dentre eles a saúde – são satisfeitos a contento, por outro, há que se entender que esta concretização é um processo contínuo, o qual possui um histórico ainda bastante recente e que tem inúmeros sujeitos atuantes, com interesses divergentes e graus variados de influência.

Deste modo, faz-se necessário verificarmos o histórico das políticas de saúde, de modo a compreender o seu desenvolvimento e sua implementação no Brasil.

2.1. BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE

A saúde tem preocupado a humanidade desde a percepção de que cuidados com o corpo e a alimentação, aliados a práticas curativas rendiam maior qualidade de vida e longevidade. Durante muito tempo, conceitos como cura, doença e saúde ficaram agregados às esferas sobrenatural e mágica, sendo que tal associação permaneceu em voga, no Ocidente, até o século XVIII. Ademais, a preocupação com a saúde era apenas pontual, ou seja, apenas diante da doença – propagadas em grande parte, pelas “pestilências” da época – é que se buscava dotar de saúde o paciente, sem um cuidado contínuo ou práticas

preventivas.

Apenas na última metade do século XIX, com as descobertas de Pasteur, nos ramos da microbiologia e epidemiologia, a saúde pública começa a se desenvolver, aportando no Brasil ao final de tal século, no período da Primeira República (1889 – 1930).

A ideia de que a população constituía capital humano e a incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levam os governos republicanos, pela primeira vez na história do país a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades... (BERTOLLI FILHO, 1998 *apud* CRUZ; LEANDRO, 2009, p.26)

Em 1889, via Decreto nº 1, de 15 de novembro, o “Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brazil” decretou a República Federativa como forma de governo da nossa nação. Porém, mesmo que “[...] por princípio constitucional coubesse aos estados e poderes locais o cuidado com a saúde da população, a União, sobretudo ao longo da década de 1910, foi impondo seus interesses na área de saúde sobre o território nacional [...]” (CRUZ; LEANDRO, 2009, p.35). Cursos são ministrados pelo Instituto Oswaldo Cruz, profissionais são formados e Carlos Chagas exerce um papel fundamental no desenvolvimento da política sanitária nacional, mesmo que por meio de uma estrutura vertical e concentrada.

Quanto à assistência à saúde individualizada, ainda na década de 1920 se iniciava um “ensaio” de previdência e assistência médica corporativa e, a partir da “Lei Elói Chaves” [Decreto nº 4.682 - de 24 de janeiro de 1923], foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões. As CAPs, como eram denominadas, se estruturavam por empresas e eram administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. Embora sinalizassem o início da substituição do modelo campanhista que não correspondia mais às necessidades da industrialização, as Caixas só atendiam a grupos específicos da população trabalhadora inserida no mercado formal. (grifo nosso) (BALESTRIN, 2006, p.50)

A prestação da saúde foi estratificada, refletindo o classismo da sociedade capitalista, na qual apenas aqueles que detinham carteira de trabalho assinada e, portanto, contribuíam para a Previdência, tinham o direito de serem atendidos pelo incipiente sistema de então.

A partir de 1930, com a “Era Vargas” (1930 – 1945), a política torna-se ainda mais centralizada, principalmente quando do fechamento do Legislativo, em 1937. Por outro lado, o aparelho administrativo de prestação de saúde é descentralizado, e é nesta época que

“emerge e toma forma uma política nacional de saúde e, mais precisamente, instalam-se os aparelhos necessários à sua efetivação” (BRAGA; PAULA, 1981 *apud* CRUZ; LEANDRO, 2009, p.37). Postos de saúde em cidades menores e mais distantes são construídos; o território brasileiro é dividido em oito regiões, cada qual com uma Delegacia Federal de Saúde; e, a partir de 1941, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) passam a ser organizadas (HOCHMAN; FONSECA, 1999 *apud* CRUZ; LEANDRO, 2009, p.41-42).

Seguindo os passos da Lei Elói Chaves, a prestação dos serviços de saúde ainda se encontrava dividida, desta vez entre o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), responsável pela saúde individual dos trabalhadores, e o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que prestava serviços coletivos (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). O governo Dutra (1946 – 1951) lutou contra tal lógica, utilizando-se da estrutura previdenciária para o atendimento público, além de aumentar a produção e a distribuição gratuita de medicamentos.

No segundo governo Vargas (1951 – 1954), é criado, em 1953 o Ministério da Saúde, o que encerra, ao menos por enquanto, a divisão entre trabalhadores e público na prestação da saúde. Todavia, a atuação de tal ministério “caracterizou-se pela transitoriedade de seus titulares, evidenciando ser objeto de intensa e frequente barganha política. Nos seus primeiros dez anos de funcionamento, teve 14 ministros.” (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p.373).

No campo da saúde pública, a corrente ideológica denominada de sanitário desenvolvimentista, começou a se construir, sob a liderança de Mário Magalhães da Silveira. Baseava-se no princípio de que a saúde da população depende direta e primeiramente “do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa parte, inócuas quando não acompanham ou integram este processo.” (LABRA, 1988 *apud* ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p.371).

Tal movimento cresceria durante os anos de Juscelino Kubitschek (1956 – 1960), governo que, no campo sanitário, obteve conquistas modestas e o desenvolvimento de programas isolados, atingindo seu ápice quando da 3ª CNS, em 1963. Tal Conferência ocorreu na regência de João Goulart (1961-1964), que tomou posse diante da renúncia de

Jânio Quadros, e foi caracterizada por um acalorado debate de ideias, “no qual o governo federal encontrava-se disposto a partilhar as decisões de forma aberta, o que era algo extremamente inovador no Estado brasileiro”. (GADELHA; MARTINS, 1988 *apud* ESCOREL; BLOCH, 2005, p.92-93). O relatório final de tal conferência trazia proposições de cunho descentralizador, fundadas na municipalização dos serviços de saúde, mas que não chegariam a ser concretizadas, diante do golpe de Estado promovido em 31 de março de 1964, instaurando a ditadura militar no Brasil.

O governo deste período seria regido através de atos unilaterais do Executivo, os chamados Atos Institucionais, que centralizaram o poder político e suprimiram as liberdades civis e direitos político, instituindo, por fim, os “anos de chumbo”.

No que se refere à política de saúde, a divisão varguista entre a esfera previdenciária e a pública é retomada. Em 1966, o recém-criado Instituto Nacional da Previdência Privada (INPS) ficou a cargo de gerir as pensões, as aposentadorias e a assistência médica de todos os trabalhadores do país. Porém, em relação ao último encargo, deveria se responsabilizar apenas pela saúde “individual” (consultas, operações, tratamentos etc.), devendo ser prestada apenas aos trabalhadores com carteira assinada, ou seja, contribuintes do INPS. Enquanto isso, o Ministério da Saúde, com orçamento muito menor³⁹, coordenava a saúde “coletiva” (vacinas, campanhas preventivas etc.). Novamente na história do Brasil, o mercado formal de trabalho torna-se o divisor da prestação da saúde, prevalecendo o componente classista.

Deste modo, duas eram as redes de prestação de serviços de saúde, uma pública-sanitarista e outra privada-curativa, completamente autônomas e desconectadas entre si. E, além disso, havia óbvia preponderância político-econômica para com a rede privada de prestação de saúde. O Ministério da Saúde foi relegado ao segundo plano por ser “disfuncional à modernização já que sua atuação era no âmbito coletivo, e financiado pelo orçamento fiscal da União, sem a preocupação com retorno monetário” (TEIXEIRA *apud* ESCOREL, 2008, p.392).

Em 1968, o governo de Artur da Costa e Silva comunica a criação de linhas de fi-

³⁹ Na segunda metade da década de 70, “a dotação orçamentária do Ministério da Saúde no Orçamento Geral da União era 16 vezes menor do que a despesa da previdência só com programas de saúde” (grifo nosso) (MELLO, 1981 *apud* ESCOREL, 2008, p.405).

nanciamento a fundo perdido voltadas para construção de hospitais privados, com o objetivo de aumentar o número de leitos e atender os trabalhadores contribuintes da Previdência Social (CONH; ELIAS, 1996). A medicina preventiva era preterida em favor da tradicional, curativa, sendo esta prestada cada vez mais por terceirização, já que, segundo o INPS, a rede pública de serviços da época era incapaz de fornecer assistência médica a todos.

A prática médica buscava o lucro pelo aparato da previdência social, com a convivência do Estado e regulada pela legislação explícita neste sentido. Não havia sequer uma preocupação em esconder os propósitos do sistema de saúde da época, numa clara comprovação do aspecto relacional do poder, principalmente no cruzamento entre as influências econômicas e políticas.

A orientação de privilegiar o setor privado de serviços de saúde foi, no âmbito da previdência social, a expressão da diretriz estabelecida na Constituição de 1967 e reiterada na Constituição de 1969, consubstanciada no decreto-lei n. 200/1968, sobre a Reforma Administrativa. Este preconizava o abandono das ações executivas, em benefício do setor privado, com restrição das atividades, na medida do possível, ao nível normativo (OLIVEIRA e TEIXEIRA *apud* ESCOREL, 2008, p. 390-391).

A política privatista de saúde brasileira espelhava a moderna Promoção à Saúde, que tem no Relatório Lalonde, publicado em 1974 no Canadá, o seu marco constitutivo. Tal documento prescrevia uma mudança de orientação sobre a análise das políticas canadenses neste setor, considerando que “a visão tradicional que equipara o nível de saúde no Canadá com a disponibilidade de médicos e hospitais é inadequada (LALONDE, 1974 *apud* CARVALHO, S. R., 2005, p. 47). Tentava-se, assim, mudar o foco das ações sanitárias, então concentradas num modelo biomédico, para ações de promoção à saúde, através da corrente behaviorista⁴⁰. Para tanto, o relatório enfocava o modo de vida de cada indivíduo, partindo destes pressupostos:

Saúde, definida como ausência de doença, resulta de um conjunto de determinantes localizáveis no “campo da saúde” e, nele, em quatro grupos explicativos: ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função humana) e organização dos serviços de saúde. (CARVALHO, S. R., 2005, p.46)

O conceito de “campo da saúde”, proposto pelo documento canadense de 74, amplia o paradigma sanitário, afastando-o do ideário puramente “iatrocêntrico” (baseado no simples protagonismo dos médicos e da medicina), ao buscar outros fatores determinantes,

⁴⁰ A expressão “behaviorista” tem sua origem na palavra de origem inglesa “behaviour”, que significa “maneira, comportamento, conduta”, indicando o seu foco de análise sobre o indivíduo.

além dos tão somente biológicos. Adverte-se que o Relatório Lalonde foi publicado em meados da década de 70, fase na qual o neoliberalismo encontrava-se em ascensão – fruto da expansão do mercado global, da crise econômica deste período, bem como da crise do Estado de Bem-Estar Social. O neoliberalismo, como já exposto no capítulo anterior, tem no indivíduo seu principal sujeito, sua principal força de mudança, entendendo-o como responsável pela sua própria condição. Produto incontestemente de seu tempo, o Relatório Lalonde promovia a ideia de um controle privativo sobre a saúde (não-doença), ao criar uma relação direta de causa e efeito entre o modo de vida de cada indivíduo e sua condição sanitária pessoal.

Parece-nos óbvio afirmar que a autoconscientização de um estilo de vida saudável é importante para o indivíduo, e, em última escala, até mesmo para a sociedade. Hábitos negativos diminuem a expectativa de vida, potencializando fatores de risco. Porém, o Relatório Lalonde responsabilizava em excesso o indivíduo pela sua saúde, desincumbindo o Estado.

Desta maneira, o social dilui-se em uma retórica comportamental, a-histórica, que toma o ambiente como tudo aquilo que inclui todas as coisas relacionadas com a saúde e que são externas ao corpo humano e sobre o qual o indivíduo tem pouco ou nenhum controle. Estão ausentes temas como poder, sujeitos sociais, estruturas sociais, capitalismo e luta de classes. O mesmo ocorre em relação a categorias como pobreza, iniquidade social, desemprego, condições de trabalho e de vida, democracia, participação e direito. (CARVALHO, S. R., 2005, p. 50)

Inexistia abertura para a mudança do paradigma socioeconômico e, sem esta, as desigualdades no campo sanitário também permaneciam inalteráveis. Tal situação refletia a ditadura vivenciada no Brasil, na qual mudanças e transformações não eram situações corriqueiras ou mesmo intentadas pelas classes econômica e política, já que estas se beneficiavam da situação. Diante disso, os cidadãos carentes de tais serviços, no caso os sem carteira assinada – 45,6% da população em 1976 e 50,2% em 1982 (IBGE – Séries...) –, colocavam em risco contínuo a totalidade da população. A hegemonia mercantilista na saúde brasileira era evidente. Em 1976, os gastos da previdência social com assistência médica chegaram a alarmantes 30% (SCOREL, 2008, p. 420).

Como o orçamento do INPS é o segundo do país, superado apenas pelo orçamento da própria União, essa parcela destinada à assistência médica ultrapassa a soma de todos os gastos públicos com saúde e saneamento da União, dos Estados e dos Municípios. [...] [O INPS] possui 25 hospitais próprios, com 4.600 leitos e 10.000

médicos com vínculo empregatício. E mantém contrato com 90% dos hospitais da rede privada, financiando cerca de 50% dos leitos hospitalares do país, e paga os serviços de mais de 25.000 médicos credenciados. (grifo do autor) (TORLONI, 1977, p.176).

Ainda no início do governo Geisel (1974-79), o movimento sanitário era incipiente, combatendo de forma contra-hegemônica a “distensão lenta, gradual e segura” de Geisel, através de uma sociologia funcionalista, sustentada num caráter preventista e numa abordagem histórico-estrutural. Tais bases constituíam o ideário do movimento sanitário, ou seja, o modelo teórico-conceitual da Saúde Coletiva.

[...] a Saúde Coletiva, influenciada pelo pensamento marxista, tende a trabalhar o “social” como uma categoria histórica. Ao assumir o conflito como elemento inerente à vida em sociedade e ao vincular o seu ideário às lutas democráticas e pelos direitos sociais no Brasil, o modelo teórico-conceitual da Saúde Coletiva ocupa espaço singular na produção sanitária internacional. (CARVALHO, S. R., 2005, p.153)

O movimento sanitário entendia, enfim, que a saúde é um produto do meio, devendo ser tratada de modo não desvinculado de sua própria realidade, de modo a lutar por um sistema universal, descentralizado e participativo.

Até então, o ‘sistema de saúde’ vigente apresentava as seguintes características: 1) insuficiente; 2) mal distribuído; 3) descoordenado; 4) inadequado; 5) ineficiente; 6) ineficaz; 7) autoritário; 8) centralizado; 9) corrupto; 10) injusto (Bastos, 1975; Paim, 2002). Foi contra a crise da saúde, a permanência da ditadura e as características perversas desse ‘sistema’ que segmentos sociais se mobilizaram por mudanças, configurando o ‘movimento’ da RBS ou movimento sanitário. (PAIM, 2008, p.95)

No ano de 1978, o INPS transforma-se no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Na época, fraudes, “pacientes fantasmas” e superfaturamento eram comuns⁴¹, sendo que no mesmo ano de 78, o próprio “presidente do INPS reconheceu a existência de seiscentas mil internações desnecessárias” (SCOREL, 2008, p.403).

Ainda que a corrente “Promoção da Saúde”, surgida com o Relatório Lalonde tenha contrariado o paradigma bioético de então, o fez de modo a desresponsabilizar o Estado e culpabilizar o indivíduo, sem considerar o aspecto antropológico sanitário. A verdade é que

⁴¹ “A contratação de serviços privados de saúde, especialmente hospitais e laboratórios, era feita por meio de credenciamento e remunerada por Unidades de Serviço (US), modalidade de pagamento denominada por Carlos Gentile de Mello (1981) como ‘fator incontrolável de corrupção’. Na medida em que os preços tabelados em US eram baixos e na ânsia de tornar a medicina uma atividade lucrativa, os serviços inventavam pacientes ou ações que não tinham sido praticadas ou ainda escolhiam apenas aquelas que eram mais bem-remuneradas, como o parto por cesariana ao invés do parto normal. O estímulo à iniciativa privada pode ser evidenciado no aumento do número de leitos privados lucrativos: em 1960, 62% do total de leitos no país eram privados, dos quais 20% pertenciam aos subsetores lucrativos; em 1975, 68% dos leitos eram privados, dos quais 45% dos subsetores lucrativos.” (SCOREL, 2008, p.391)

as ciências da saúde possuem a tendência de fechar-se em si mesmas, convalidando as próprias verdades com base unicamente em seus valores. Porém, a antropologia levou a prática da saúde a considerar, através, por exemplo, dos estudos de Marcel Mauss e Lévi-Strauss, “que a doença, além de sua configuração biológica, é também uma realidade construída e o doente é, antes de tudo, um personagem social”, sendo, portanto, o resultado “de interações recíprocas e recursivas entre estas duas realidades [biológica e social]” (MINAYO, 2006, p.193).

Mais do que qualquer outro fenômeno histórico-cultural, saúde/enfermidade têm vinculação com os modos de produção, as desigualdades sociais e as redes sociais de apoio dos indivíduos e grupos. Portanto, como um tema abrangente e saturado de sentido sociocultural, as categorias saúde e doença só podem ser compreendidas dentre de uma perspectiva contextualizada e histórica de classe (também segmentos e estratos), de gênero, de idade e de etnia, hoje consideradas as quatro categorias mais relevantes para diferenciações da questão social, além da especificidade histórica. (grifo nosso) (MINAYO, 2006, p.197)

A partir dessa concepção mais antropológica, é realizada, em 1978, a 1ª Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, na qual é publicada a Declaração de Alma-Ata, em referência à cidade do Cazaquistão, na qual foi realizado o evento. Ao trazer para si o reconhecimento da perspectiva classista, esta declaração diferencia-se sobremaneira do Relatório Lalonde, perfazendo-se no marco inicial de uma nova corrente da saúde, a “Nova Promoção da Saúde”, que logo em seu inciso I já se distancia da anteriormente retratada:

A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (grifo nosso) (ALMA-ATA, 1978)

A Declaração de Alma-Ata confronta o Relatório Lalonde, e não apenas em relação ao conceito de saúde, mas também na própria implementação das políticas correspondentes, já que busca a totalidade do fenômeno da saúde, expressa por múltiplas determinações, conforme seu inciso III: “O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 [...]” (ALMA-ATA, 1978). Preocupava-se, portanto, com a educação sobre os problemas de saúde, distribuição de alimentos, nutrição

adequada, planejamento familiar, saneamento básico, dentre outros fatores não ligados diretamente a medicamentos e hospitais.

A conferência em questão possuía um caráter preventista, ou seja, de fortalecer os cuidados básicos (ou primários), os quais, segundo a Declaração constituem a “função central e núcleo principal” do sistema nacional de saúde de qualquer país. Normatizava-se o conceito de “atenção primária à saúde” que representa “o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde [...]” (inciso VI, ALMA-ATA, 1978). Vale frisar que o documento entendia que os cuidados com a atenção primária

Representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (grifo nosso) (inciso VII – 7, ALMA-ATA, 1978).

Em outros termos, previa-se a descentralização da prestação dos serviços de atenção básica para as comunidades locais. Neste ponto em específico, a descentralização prevista era administrativa, o que demandava equipes e espaços de atendimento locais, além do levantamento de considerações específicas sobre a situação sanitária de cada região. Para tanto, a Declaração de Alma-Ata determinava que deviam envolver-se na análise e prestação das políticas de saúde, especialmente da atenção primária, “todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores” (inciso VII – 4, ALMA-ATA, 1978). Visava-se não apenas a ação diligente com a saúde, mas, sob uma ótica focalizada, o cuidado paralelo com outros determinantes concorrentes.

A consideração sobre a saúde passou, deste modo, a ser abarcada por uma esfera muito maior, não apenas biomédica, mas também composta de determinantes sociais, econômicos, políticos e até militares constantemente lembrados nos demais incisos (II, V, VIII, X) do documento em questão. E por julgar que os determinantes em questão são, nas palavras do documento, de responsabilidade do “governo”⁴², a Primeira Conferência sobre

⁴² Neste caso, faz-se necessário ressaltar que a Declaração de Alma-Ata, em verdade, se refere à responsabilidade do Estado e não apenas do governo (esfera administrativa) em relação às políticas de saúde, já que estas também dependem da esfera legislativa e judiciária para serem implementadas e efetivadas.

Atenção Primária de Saúde novamente distancia-se de suas predecessoras, concretizando a busca por uma Democracia Substantiva, com a realização dos direitos sociais a partir de ações positivas do Estado. Enfim, não somente a garantia do direito à saúde como não doença, mas do direito substantivo à saúde como política complexa, que envolva em paralelo os outros direitos de segunda dimensão (moradia, alimentação, saneamento básico, educação, trabalho digno, etc).

A Declaração de Alma-Ata inovou mais uma vez, ao prever outro conceito, até hoje em voga na área da saúde: a participação social. Sua previsão se deu no inciso IV, não somente como uma sugestão, mas como um direito legítimo, e mais, como uma obrigação da Sociedade Civil: “É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (ALMA-ATA, 1978). De fato, até meados do século XX, a participação na política, principalmente no que se refere aos países em desenvolvimento, resumia-se às eleições. Porém, como já apontado no capítulo 1.3, as medidas participativas, no caminho aberto pelas descentralizadoras, começaram a se tornar mais presentes na política democrática, de modo a melhor conectá-la à própria etimologia da palavra “democracia”.

Pelo exposto, os conceitos debatidos no capítulo prévio aproximam-se bastante da Declaração de Alma-Ata, já que ela preconizou a participação dos cidadãos no planejamento e na execução das políticas de saúde, assim como a busca por uma Democracia Substantiva, demandando, para tanto, um Estado Democrático de Direito.

Nesta época, os valores e as proposições fixados em Alma-Ata já tinham aportado no país, o que se traduziu “nos projetos que o movimento sanitário desenvolveu, durante os ‘anos Figueiredo’. Desde o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde) até as Ações Integradas de Saúde (AIS)” (SCOREL e MOREIRA, 2008, p.416). Ademais, também foi produto dos “anos Figueiredo” (1979-85) o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Estes programas contavam, em maior ou menor grau, com propostas descentralizadoras, participativas, de articulação entre instituições e instâncias, de universalização da cobertura dos serviços básicos, dentre outras. Exatamente por esta razão, tais projetos

sofreram muita resistência do aparelho estatal, hegemônico pelas posturas privatizantes, tendo o Prev-saúde sido, inclusive, descartado. Ainda assim, o Conasp e seu Programa de Ações Integradas e Saúde (PAIS, evolução do AIS) conseguiram descentralizar parte das ações para estados e municípios, por meio de postos e centros de saúde, além de viabilizar em alguns poucos municípios a participação de entidades representativas da sociedade civil na formulação de políticas.

Os programas mencionados foram tentativas de se exercer na prática os princípios e a ideologia do movimento sanitário, a partir de iniciativas nacionais, mas descentralizadoras. Porém, também existiram programas em esferas locais, mas igualmente providos de um caráter contra-hegemônico, como o Projeto Montes Claros (PMC), de Minas Gerais, dentre outros.

O PMC foi uma das primeiras possibilidades, em âmbito regional, de aplicação de diretrizes norteadoras de um modelo alternativo de organização de serviços de saúde. [...]

O PMC permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular. Para o movimento sanitário, porém, mais do que o modelo, o PMC demonstrou a exequibilidade de suas propostas e a sua capacidade em articular-se com outras forças para sustentar politicamente o projeto. (SCOREL, 2008, p.414)

Além do PMC, outros projetos locais de saúde, como o dos municípios de Patos (PB), Caruaru (PE), Campinas (SP) e Londrina (PR), são considerados experiências importantes no desenvolvimento do movimento sanitário e, portanto, do próprio SUS. Tal situação comprova a amplitude do movimento sanitário ao final do governo Figueiredo, o que evidencia não apenas a forte tendência pela mudança no campo sanitário, mas também no político, afinal este movimento, ao lado de vários outros contrários à ditadura, também lutou pela redemocratização brasileira, participação social, garantia de direitos fundamentais, dentre outras bandeiras.

Em 1985, a Nova República é instituída, tendo como presidente José Sarney (1985-1990), vice de Tancredo Neves, que fora indiretamente eleito pelo Congresso Nacional mas falecera antes de tomar a posse. Logo no início de seu governo, Sarney encerrou a censura à imprensa e aos demais meios de comunicação, além de permitir a livre organização partidária.

Em 1986, ocorreu a 8ª CNS, de 17 a 21 de março, uma divisa para a política brasileira de saúde, pois estabeleceu as bases para um novo sistema sanitário, no qual inúmeras propostas surgidas em Alma-Ata e outras sugeridas pelo Movimento Sanitário foram implementadas. Ressaltemos que a constituição de um novo sistema de saúde não se deu apenas pela crescente força do movimento sanitário ou pela orientação política democrática, já que o próprio sistema gerido pelo INAMPS encontrava-se em crise desde 1981⁴³.

Mesmo com a tendência sanitária social em alta e o sistema privatista em declínio, a 8ª CNS foi realizada num cenário dividido, em que a disputa pela hegemonia se fazia presente, já que os grupos dominantes de um passado recente ainda detinham muito poder e influência. Por outro lado, a abertura para a participação dos usuários da saúde nos debates⁴⁴, assim como a realização de pré-conferências estaduais e municipais – práticas, até então, não realizadas nas outras sete conferências nacionais – indicavam o desabrochar de uma ideologia social e popular.

Os próprios conceitos presentes no Relatório Final da 8ª CNS – a começar pelo da saúde, bastante amplificado pelos seus quatro primeiros artigos – já demonstram uma ideologia mais social, bem como a clara influência da Declaração de Alma-Ata e do Movimento Sanitário. O artigo 5º do Relatório Final da Oitava, por exemplo, é bastante ilustrativo desta situação:

5. Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir:
- trabalho com condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
 - alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
 - moradia higiênica e digna;
 - educação e informação plenas;
 - qualidade adequada do meio ambiente;
 - transporte seguro e acessível;

43 “Em 1981, tornou-se pública a ‘crise da previdência’. A estrutural contradição financeira da previdência da previdência social foi se agravando, atenuada em certos momentos por medidas paliativas, até que, com a recessão econômica, nesse ano, estourou a crise evidenciada no déficit financeiro. Enquanto uns atribuíam o fato à erosão das receitas, decorrente da diminuição das contribuições salariais devido ao desemprego e ao arrocho salarial consequentes à recessão econômica, outros argumentavam que o problema estava localizado na assistência médica previdenciária – na sua expansão e na falta de controle dos gastos realizados, primordialmente, com a compra de serviços ao setor privado” (SCOREL, 2008, p.420). Porém, qualquer que fosse o motivo da crise da previdência, o fato é que o sistema de saúde individual-privatista de então estava ligado diretamente à previdência, o que também acabou por enfraquece-lo e, portanto, facilitar a sua substituição por outro sistema de saúde.

44 Segundo o relatório final da Oitava Conferência Nacional de Saúde, tal instância decisória obteve a participação “de mais de 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados” (BRASÍLIA, 1986).

- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade; à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis. (BRASIL, 1986)

A 8ª também aprovou medidas descentralizadoras, participativas, o conceito de atenção básica e “a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social” (ESCOREL, 2008, p.428). Nascia o Sistema Único Descentralizado de Saúde (Suds) no Brasil, base do SUS.

No plano internacional, ocorre, em novembro de 1986, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – igualmente influenciada pela Declaração de Alma-Ata, de maneira a prosseguir com a meta anteriormente estabelecida de “Saúde para todos no ano 2000” –, evento que produziu a Carta de Ottawa.

Tanto a Carta de Ottawa quanto o movimento internacional de Atenção Primária à Saúde [referente à Declaração de Alma-Ata] coincidem, por exemplo, em afirmar como pré-requisitos essenciais para a saúde a necessidade de maior justiça social, equidade, educação, saneamento, paz, habitação e salários dignos. (CARVALHO, S. R., 2005, p.55-56)

Tal conjunção de declarações, relatórios e conferências, todas em razoável consonância de princípios e valores, comprova que a corrente sanitária mais social havia, sem dúvida, atingido um nível de influência bastante ampliado.

2.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Em 1988, dois anos depois da 8ª CNS e da publicação da Carta de Ottawa, a Constituição Federal foi promulgada, e positivou no Capítulo da Seguridade Social, em seu artigo 196, o seguinte dispositivo: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Em termos sociais, o SUS foi, claramente, um avanço na prestação da saúde, política social de suma importância, retirando o componente classista, ao menos deste setor (ainda que ele seja, em parte, também constituído pela

iniciativa privada).

O referido mandamento constitucional é basilar para o SUS, pois demonstra que a saúde, além de ser uma prerrogativa jurídica pleiteável em favor de qualquer cidadão brasileiro, também deve ser ofertada pelo Estado.

Para o médico Moacyr Scliar, todo esforço organizado de uma comunidade, Estado ou instituição que vise a promover, preservar ou recuperar a saúde da população pode ser considerado saúde pública. Em outras palavras: saneamento básico, vacinação, prestação de serviços médicos são exemplos de ações no campo da saúde pública. [...] a existência de uma saúde pública é indissociável da existência de uma política de saúde que, por sua vez, se relaciona, direta ou indiretamente, com a capacidade de o Estado implementar programas e ações direcionados à saúde da população. (CRUZ; LEANDRO, 2009, p.12)

A prestação da saúde no Brasil não está à mercê da sociedade civil e das regras de mercado, necessitando de um Estado ativo (ainda que, como dito, ele divida a prestação da saúde com fornecedores particulares). Este desempenho estatal, como já demonstrado no capítulo 1.2, é característica típica de um Estado Democrático de Direito, que busca substantivar a própria Democracia, delimitando para si próprias atuações positivas. E, em relação à saúde, o faz através do Sistema Único de Saúde, normatizado pelas leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90 (Lei do Controle Social na Saúde).

A lei 8.080 (BRASIL, 1990a) conceitua, em seu artigo 4º, o SUS 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”⁴⁵. Destarte, o SUS é identificado pela própria prestação continuada da saúde, concretizada em ações e serviços de naturezas diversas, prestados através de procedimentos variados⁴⁶. Por esta razão, o SUS não se confunde simplesmente com sua estrutura física (hospitais, postos) ou com seus servidores (médicos, enfermeiros), em consonância com os preceitos da Nova Promoção da Saúde. Lembramos que, se as disponibilidades do

45 A conceituação do SUS dada pela Lei 8.080 não é a única presente na legislação, como veremos adiante, mas foi esta a originária e, apesar da referida coexistência, o conceito exprimido pela Lei Orgânica da Saúde não foi revogado, sendo necessária a sua exposição.

46 “Estão incluídos nesta definição [de conjunto de ações e serviços que compõem o SUS]: 1) atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para a promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças; 2) serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar, e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (quer seja pelo governo federal, quer seja pelos governos estaduais ou municipais), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar; 3) ações de distintas complexidades e custos, que variam desde a aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes; 4) intervenções ambientais no sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros, e a operação de sistemas de saneamento ambiental; 5) instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p.438)

serviço público não forem suficientes, a prestação da saúde pode ser complementada pela iniciativa privada, nos termos do §2º do referido dispositivo, mediante remuneração com recursos destinados à saúde pública.

Quanto ao modo de prestação destas “ações e serviços” pelo SUS, a lei 8.080/90 define, em seu artigo 7º⁴⁷, treze princípios que o norteiam, sendo, de acordo com a doutrina especializada (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p.438), cinco deles os básicos – universalidade, integralidade, igualdade, participação e descentralização –, sobre os quais iremos discorrer pormenorizadamente adiante.

1) Universalidade (inc. I): este princípio garante a não distinção de seus usuários, “independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos [...], pois os riscos de adoecimento e o financiamento passam a ser repartidos de forma solidária, sendo de responsabilidade de toda a sociedade” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p.439). As portas do SUS são abertas para todos os cidadãos brasileiros, inclusive para aqueles historicamente desassistidos pela saúde;

2) Integralidade da assistência (inc. II): reforça as ações intersetoriais, de modo a construir um complexo de ações e serviços permanentes, de caráter preventivo e curativo, bem como individual e coletivo, os quais devem se fazer presentes em todos os níveis de complexidade. Assim, este princípio deve ser analisado tanto pela ótica micro (diagnóstico, tratamento e reabilitação) como pela macro (políticas sanitárias, sociais e econômicas);

3) Igualdade, ou equidade, da assistência à saúde (inc. IV): ainda que o presente dispositivo não seja expresso sobre como ele deve ser aplicado, a doutrina e a jurisprudência pátria informam que a igualdade não pode ser entendida como condição absolutamente

47 Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como 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; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990a)

igualitária para todos, sem que haja a consideração de suas diferenças para cada contexto.

Assim, este fundamento preconiza a máxima aristotélica de "tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais", considerando a medida em que eles se desigalam (SILVA, J., 2004, p.212-213). Um paciente adulto, por exemplo, não receberá o mesmo tratamento dispensado a um idoso, ainda que tenham a mesma doença, já que este possui determinantes que o primeiro não tem, tal como na comparação entre uma gestante e uma mulher não grávida.

Paim (*apud* BALESTRIN, 2006, p.92) afirma que "não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem lei". De fato, como no tocante a todos os demais princípios – por definição, de natureza assecuratória e instrumental – o da igualdade, talvez até em maior grau que os outros, depende da atuação positiva do Estado. A igualdade não se realiza automaticamente com a sua positivação jurídica, dependendo da realidade fática, formada por interesses, intenções, objetivos e atos em seu favor. Mesmo assim, sua positivação demonstra a vontade do Estado em concretizar uma Democracia de Direito;

4) Participação da comunidade (inc. VIII): a partilha, com a população, das relações de poder relativas às políticas de saúde foi um enorme ganho para a nação brasileira. Com esta garantia, as demandas e os interesses da sociedade civil, agora empoderada, passaram a ser debatidos de forma pública, juntamente com a sociedade política, por meio dos Conselhos Gestores e das Conferências, numa aproximação da esfera gramsciana do "Estado Ampliado".

Nas arenas locais, [os atores políticos] procuram "ocupar" espaços e imprimir elementos de sua racionalidade – ou seja, expressar os interesses do movimento sanitário – às políticas em curso. Esses interesses interferem na agenda das decisões políticas, mostrando, na prática, que a reforma sanitária é favorecida com o processo de descentralização. (SILVA, S.F., 2001, p.247)

Em verdade, os Conselhos e as Conferências já faziam parte da política de saúde desde 1941, em face do artigo 90⁴⁸ da Lei nº 378 de 1937, mas estavam presentes apenas em âmbito nacional e não possuíam representantes dos usuários, sendo constituídas

48 "Art. 90. Ficam instituídas a Conferencia Nacional de Educação e a Conferencia Nacional de Saude, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das actividades concernentes á educação e á saude, realizadas em todo o Paiz, e a oriental-o na execução dos serviços locaes de educação e de saude, bem como na concessão do auxilio e da subvenção federaes.

Paragraphe unico. A Conferencia Nacional de Educação e a Conferencia Nacional de Saude serão convocadas pelo Presidente da Republica, com intervallos maximos de dois armas, nellas tomando parte autoridades administrativas que representem o Ministerio da Educação e Saude e os governos dos Estados, do Districto Federal e do Territorio da Acre." (BRASIL, 1937)

apenas de técnicos e gestores públicos deste setor político. A participação dos usuários somente foi sugerida a tais órgãos na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, e, mesmo assim, faltava regulamentação específica para que o princípio da participação fosse legalmente incorporado a estas instâncias decisórias. E esta incorporação não se deu facilmente.

Na contramão do otimismo para com a saúde – provindo da realização da 8ª Conferência Nacional e da publicação da Carta de Ottawa –, os dispositivos sobre participação social da lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (que tinham origem no relatório final da 8ª Conferência) foram, vetados. Tal situação demonstrou que as forças tradicionalistas ainda conservavam, no governo Collor, enorme poderio. Felizmente, ainda em 1990, no dia 28 de dezembro, depois de muita pressão social e política, foi promulgada a lei 8.142, que recuperava as normas vetadas, incorporando o caráter participativo ao SUS;

5) Descentralização político-administrativa (inc. IX): a descentralização aqui prevista deve ser analisada sob duas óticas, a política e a administrativa, já exploradas no presente estudo (vide capítulo 1.4), pois o inciso em questão faz referência a ambas, ainda que em suas duas alíneas ele trate apenas da última. Assim, em relação à organização administrativa dos serviços de saúde, a lei aponta que ela deve ser realizada “com direção única em cada esfera de governo com “a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”, e considerando os preceitos de “b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”.

A “direção única em cada esfera de governo”, indica que, tanto na esfera política quanto na administrativa, a responsabilidade de certos serviços será unicamente de cada ente federado, no que concerne suas próprias atribuições.

A descentralização com comando único implica que governos estaduais e, principalmente, os municipais tenham maior responsabilidade e autonomia para decidir e implementar ações e serviços de saúde. Ela tem como propósito promover a democratização do processo decisório e aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde de uma dada comunidade. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p.440)

Já em relação às alíneas do dispositivo legal em questão, enquanto a primeira reforça a municipalização do SUS, a segunda se utiliza de termos específicos para estruturar

o sistema, os quais são conceituados da seguinte maneira:

Hierarquização é a prática pela qual são classificados os serviços de saúde, de acordo com seus níveis de atenção, enquanto que Regionalização é a distribuição geográfica destes serviços. Assim, procedimentos frequentemente mais necessários (ex: vacinação, pediatria, parto normal etc.) devem estar ao alcance da maior parte da população, a nível local, em postos de saúde e centros de atenção; já os mais especializados (ex: cirurgia cardíaca, transplante de medula óssea etc.) situam-se regionalmente, em hospitais ou ambulatórios (NORONHA. LIMA; MACHADO, 2008, p.440-441).

A saber, os níveis hierárquicos de atenção são os seguintes: alta complexidade, média complexidade e atenção básica. A alta complexidade “é composta de procedimentos que exigem incorporação de altas tecnologias e alto custo e que não são ofertadas por todas as unidades de federação” (BRASIL, 2004, p.18). Já os serviços de complexidade média dependem da “disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do País” (BRASIL, 2004, p.71). Por último, a atenção básica (ou primária) é aquela cujo conceito decorre da Declaração de Alma-Ata, de 1978, possuindo relação intrínseca com as medidas de descentralização e participação, já que encontra-se mais próxima da vida das pessoas. É, portanto, a principal porta da rede de atenção à saúde, formando “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2004, p.21).

Deste modo, apenas os entes com capacidade para prestar determinados serviços o fazem, criando-se uma hierarquização do sistema, que também é regionalizada de acordo com o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAP, a ser retomado mais adiante.

E tal arcabouço se faz extremamente necessário em nosso país, no qual temos municípios com pouco mais de mil habitantes, outros com meio milhão e ainda alguns com milhões, o que os diferencia não apenas em capacidade prestativa dos serviços de saúde, mas também no que se refere ao orçamento, repasse de recursos financeiros e até prevalência de determinadas doenças.

[...] o Brasil é o único país do mundo com quase 200 milhões de pessoas em um sistema universal de saúde. Outra característica importante é a descentralização.

Somos o único sistema também universal de base local, municipal, e isso representa para nós uma quantidade de mais de 6 mil operadores sistêmicos. São 5.565 sistemas municipais de saúde. Para que você tenha um sistema universal, único, articulado, com uma base dessa magnitude, apresenta-se um grande desafio que é a articulação do planejamento integrado, a garantia do fluxo de que um cidadão de qualquer município terá acesso à tecnologia disponível para resolver o seu problema em outro município. (MONTEIRO, 2012)

O SUS atua através de inúmeras direções, todas únicas, divididas entre os entes federados de todo o Estado Nacional, cada qual – direção nacional, direções estaduais e direções municipais (vide, respectivamente, os artigos 16, 17, 18 e 19 da Lei 8.080/1990) – com atribuições e responsabilidades específicas, tanto na esfera administrativa como na política.

É interessante observar que os princípios básicos do SUS relacionam-se com as categorias explanadas no primeiro capítulo. A integralidade, a universalidade e a igualdade na prestação dos serviços de saúde são resultados do Estado Democrático de Direito. A hierarquização e a regionalização do SUS, por sua vez, guardam relação causal com a descentralização político-administrativa. E, por último, a participação social no SUS é a concretização tanto da Democracia Participativa como da consideração política do Poder Local.

Através da prática dos princípios elencados, há, na prestação de serviços de saúde pelo SUS, uma interdependência de obrigações entre os entes federativos. Nenhum dos entes atua de forma isolada e se um não for capaz, ou não estiver habilitado a prestar certa ação, a obrigação torna-se responsabilidade do outro, sempre garantindo a integralidade do atendimento. E para garantir esta integralidade, inclusive a rede privada de prestação de serviços à saúde pode ser acionada pelo Poder Público, com o pagamento de honorários devidos aos prestadores privados.

Em face do artigo 199 da Constituição (BRASIL, 1988), a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. A Lei Orgânica da Saúde seguiu esta tendência, inclusive ampliando-a, ao considerar “os serviços privados contratados ou conveniados” como integrantes do SUS (art. 7º, BRASIL, 1990a). No ano 2000, a Agência Nacional Suplementar de Saúde foi criada. E, por fim, em 2011, o Decreto 7.508 (art. 3º, BRASIL, 2011c) qualificou a rede privada de serviços de saúde como executora “indireta e complementar” dos mesmos, concretizando a contradição de se ter um serviço público de saúde concorrendo com um privado.

Como visto no capítulo 2.1, a iniciativa privada na prestação da saúde cresceu exponencialmente no período da ditadura, apoiada pela tendência neoliberal e incentivos governamentais, o que lhe deu força econômica e influência política. E pelas referidas mudanças legais no conceito do SUS, no tocante à prestação privada da saúde, torna-se cristalina a crescente importância adquirida pelo setor, inclusive depois da redemocratização.

No mercado privado, o financiamento é, por definição, originário das famílias e das empresas. Mas a participação governamental pode estar presente, como acontece no Brasil, sob duas formas: indireta, mediante incentivos fiscais, e diretamente, quando financia ou subsidia planos de saúde para seus servidores e dependentes. Ambas as formas são polêmicas. Como a Constituição de 1988 criou um Sistema Único de Saúde, garantindo acesso universal e igualitário, o uso de recursos públicos para um segmento diferenciado seria no mínimo questionável. (BRASIL, 2011b, p.31)

Pelo financiamento indireto, o Estado pode desonerar impostos para a construção de hospitais particulares, fornecer empréstimos e, no tocante às pessoas físicas, estas podem deduzir do Imposto de Renda – sem limite de teto para tal abatimento – os gastos com planos de saúde, consultas e serviços de saúde particulares (são chamados de “gastos tributários”, já que é um tributo não recebido pelo governo e, portanto, pago indiretamente por ele).

De 2003 a 2011, segundo o DIEST-IPEA (OCKÉ-REIS, 2013, p.4), os gastos tributários cresceram de R\$7,1 para R\$15,8 milhões de reais. No mesmo período, o gasto federal com a saúde teve um salto expressivo, de R\$27,1 para R\$70,1 milhões de reais. Ainda assim, em 2011, o gasto tributário com a saúde, ou seja, o quanto o Estado poderia ter arrecadado não fosse o subsistema privado, representou 22,55% do total federal gasto.

Também há que se considerar que muitos clientes de planos de saúde privados utilizam serviços do SUS, como vacinas ou mesmo procedimentos de alto custo, como transplantes e hemodiálise. Diante de tal conjuntura, o Estado não apenas deixa de arrecadar, como também se responsabiliza por procedimentos igualmente oferecidos na rede privada.

De junho de 2000 a setembro de 2013, a cobertura nacional dos planos de saúde teve um crescimento considerável, passando de 18% para 25,3% da população (DATA-SUS, 2013). E é preciso considerar que no mesmo período, a população brasileira cresceu 14%, o que representa um grande desenvolvimento da iniciativa privada na saúde (DATA-

SUS, 2013).

Um exemplo da tensão vivida entre os dois projetos [privatista e social] atualmente é o debate sobre a criação das Fundações Estatais de direito privado na saúde. Nesta luta é visível a hegemonia que vem ganhando o projeto privatista, pois na 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007 a proposta de criação das Fundações Estatais de Direito Privado não foi aprovada, mas no momento vimos avançar o debate no Congresso Nacional, cinco estados brasileiros já criaram suas Fundações⁴⁹ e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS – já se declarou favorável à criação (Machado, 2009 *apud* KRÜGER, 2009, p.05).

O Brasil conta, portanto, com um sistema de saúde híbrido. Sua inspiração se dá em parte pelo Estado de Bem-estar social, no qual impostos e contribuições financiam as políticas públicas na área da saúde; e, simultaneamente, pelo modelo liberal, onde há renúncia fiscal na saúde, benefícios decorrentes da situação empregatícia (planos coletivos, por exemplo) e, em geral, a concorrência com o sistema privado.

Uma vez firmada a estrutura do SUS, ele passou a ser regulamentado não apenas por leis, mas especialmente por Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas por meio de portarias ministeriais. Entre janeiro de 1991 e agosto de 1996, foram publicadas quatro NOB-SUS, e em 2001 e 2002, duas NOAS. Em geral, estas normas serviram à regulamentação dos seguintes aspectos do SUS:

Atribuições específicas dos governos federal, estaduais e municipais no planejamento e na programação da atenção à saúde; pagamento, execução, controle, avaliação e auditoria de ações e serviços prestados; modalidades e critérios para o financiamento de ações e serviços e para mudanças no modelo de atenção; condições e requisitos técnico-operacionais exigidos dos estados e municípios para o recebimento das transferências financeiras federais previstas. (BRASIL, 2009, p.321)

A importância destas normas na história do SUS é enorme, tendo formalizado pontos como sua municipalização, repasse fundo a fundo, Comissões Bipartites e Tripartites, controles de avaliação, dentre outros. Não obstante, a cada norma, a estrutura do SUS era modificada em vários pontos, sempre de modo fragmentado.

A observação da trajetória do SUS mostra que esse sistema público de saúde vem sendo mudado, de tempos em tempos, por meio de reformas incrementais que se materializaram em normas operacionais (NOB e NOAS), como descrito anteriormente. Essas normas fixavam-se, prioritariamente, em processos operacionais, distanciando-se de compromissos com resultados sanitários. (BRASIL, 2011a, p.64-65)

⁴⁹ No Paraná, a criação de uma Fundação Estatal de Atenção em Saúde – FUNEAS/PARANÁ está em processo de tramitação legislativa, por meio dos Projetos de Lei 22 e 726, ambos de 2013 e de autoria do Poder Executivo (governador Beto Richa, do Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB).

Até então, o processo de normatização e atualização do SUS era pontual, o que não correspondia às constantes e diversificadas mudanças da realidade de cada município e estado brasileiro. Ademais, os termos de compromisso de cada ente federado para com suas responsabilidades de gestão eram engessados, e o acompanhamento de metas carecia de instrumentos mais bem definidos. Em suma, a descentralização da política de saúde no Brasil era dotada de várias imperfeições.

Após tais constatações no “Seminário para Construção de Consensos” e da carta de Sergipe, em 2003, representantes do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Ministério da Saúde se reuniram para formular o Pacto pela Saúde. Depois de dois anos, o citado pacto foi formalizado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. O Pacto pela Saúde operou mudanças significativas em vários aspectos do nosso sistema sanitário, através de suas três vertentes – o Pacto em defesa do SUS, o Pacto pela vida e o Pacto de gestão.

[O pacto em defesa do SUS é] compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governos.

Os gestores reconhecem a necessidade de romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais. [...]

O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. [...] De um lado, substitui pactos fortuitos por acordos anuais obrigatórios; de outro, muda o foco, de mudanças orientadas a processos operacionais para mudanças voltadas para resultados sanitários. Desse modo, o Pacto pela Vida reforça, no SUS, o movimento da gestão pública por resultados (BRASIL, 2011a, p.64-65).

[Por último,] o Pacto de Gestão do SUS contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei n. 8.080/90. Estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores a fim de diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Avança na regionalização e descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes, permitindo uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais (BRASIL, 2011a, p.64-65).

Frisamos que o Pacto pela saúde não invalida a Lei Orgânica da Saúde e a Lei do Controle Social (nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990). Portanto, as normas e diretrizes estabelecidas por aquelas leis continuam vigentes, até ampliadas pelo referido pacto, que eleva

sobremaneira a autonomia e a descentralização dos entes federados e, portanto, também atualiza outro pacto, o federativo.

Para ser efetivado, o Pacto pela Saúde deve se encontrar em constante atualização de metas e objetivos, afinal a realidade das políticas públicas e de sua prestação sofre mudanças constantes, não só de ordem estrutural, mas também fáticas. Assim, visando o desenvolvimento contínuo do SUS e da política de saúde como todo, a Portaria 399/GM determinou:

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. (grifo nosso) (BRASIL, 2006)

O Pacto pela Saúde, redigido e publicado pelo Ministério da Saúde, é fundamental para a análise dos indicadores da política nacional nesta esfera, bem como para a determinação das próximas metas e diretrizes. Sua revisão anual também auxilia na atualização constante dos tais indicadores, de modo a, se necessário, alterar ou manter o rumo da política nacional de saúde.

Ocorre que exatamente por ser publicado através da mais alta instância da Federação, o Pacto pela Saúde conta com ações genéricas, como “realizar a promoção do envelhecimento ativo e saudável” ou “contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama” (BRASIL, 2006). Ademais, as metas nos anexos das portarias que promulgam os Pactos pela Saúde, apesar de servirem de referência para a definição das metas estaduais e nacionais, não consideram a realidade única de cada um destes entes, bastante diversos entre si, por várias razões (geográficas, climáticas, etnográficas, culturais, etc.).

Em 28 de junho de 2011, foi promulgado o Decreto 7.508, que regulamentou a Lei no 8.080/90, “para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa”, entre outras providências. Neste Decreto, o caráter genérico do Pacto pela Saúde, assim como as particularidades de cada município e estado brasileiro foram apontados, de modo a criar o

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), cada um formalizado em uma “Região da Saúde” brasileira:

Art. 2º, I – Região da Saúde – espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; [...]

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; V - vigilância em saúde. (BRASIL, 2011c)

O Paraná, por exemplo, conta atualmente com 22 regiões de saúde. E é por meio do COAP que os municípios paranaenses, assim como os demais estados e municípios brasileiros, promovem pactos mais regionalizados para suas respectivas políticas de saúde, sopesando suas próprias realidades, facilidades e obstáculos⁵⁰. O COAP, em suma, concretizou a regionalização prevista no inciso IX, do artigo 7º, da Lei 8.080, explanado no início deste capítulo.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011c)

Para tanto, os gestores dos entes que formam determinada região da saúde se reúnem e, a partir de seus planos de saúde, formalizam o COAP, o qual será encaminhado para os respectivos Conselhos de Saúde, para monitoramento (art. 41, § único, BRASIL, 2011c), formalizando a participação social, a integração entre os entes federativos e a descentralização dos serviços e da política de saúde, segundo o disposto no artigo 15, do Decreto 7.508: “O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros” (BRASIL, 2011c).

50 Municípios e estados brasileiros já formalizavam pactos para suas políticas de saúde, através de outro instrumento, o “Termo de Compromisso de Gestão” – TCG, regulado pela portaria nº 699/MG/MS, de 2006. Porém, o TCG era acordado individualmente entre municípios e o estado, sem considerar amplamente a região em que estavam incluídos. Neste sentido, o COAP é um instrumento de gestão mais aperfeiçoado, pois considera que o poder local não é circunscrito às fronteiras geográficas, de modo a consultar o maior número de envolvidos naquela política regional de saúde. Nas palavras de Monteiro (2012), “[...] quando se fez o Termo de Compromisso de Gestão não foi criado um espaço de encontro dos três entes. Eu diria que o Contrato Organizativo da Ação Pública é um salto de qualidade organizativa, porque ele faz o espaço de encontro dos três entes e, com isso, vamos ter um melhor acompanhamento das metas e das responsabilidades sanitárias de cada um deles”.

E inclusive as Comissões Intergestoras, que antes faziam parte do Ministério da Saúde, com o Decreto 7.508/11, passaram a compor o SUS, tal qual os Conselhos Gestores e as Conferências de Saúde, acabando por dotá-lo de várias instâncias decisórias em contato ininterrupto. Por meio destes colegiados, tanto na rede política quanto na administrativa do SUS, os princípios de descentralização e participação são praticados, com o objetivo de materializar os outros princípios, como o da universalidade, integralidade e igualdade.

A caracterização do SUS como sistema descentralizado e participativo bloqueia, de certo modo, um eventual proselitismo partidário. É verdade que, ao dotar o município de grande autonomia (tanto política quanto administrativa), o SUS abriu novos caminhos para que a Sociedade Política local concretizasse seus interesses, tornando-a mais forte. Porém, para gerir o SUS, a Sociedade Política municipal deve encontrar-se em certa consonância com as políticas de saúde estadual e nacional, bem como com a própria Sociedade Civil, em face, respectivamente, da descentralização e participação adotadas pelo sistema.

Diante desse panorama, a face político-partidária do SUS, ainda que certamente real, é diluída entre os interesses das três camadas políticas que compõem a gestão do SUS; e raramente todas estas instâncias são comandadas pelo mesmo partido político, o que engrandece o debate pela saúde. Ademais, a participação, realizada através de segmentos organizados da sociedade civil, também possibilita uma ampliação ainda maior da discussão sobre o SUS e suas políticas públicas correlatas. E mesmo o financiamento do SUS, elemento fundamental da política, também não escapa da rede descentralizada e participativa.

Para que o controle social exista, de fato, é necessário controlar os recursos, pois é em sua alocação que se define a referida política. [...]

É determinante controlar os recursos públicos numa conjuntura de diminuição dos gastos sociais e enxugamento do Estado e de algumas situações que retratam o seu uso clientelístico e a sua apropriação por parte de organizações privadas. (CORREIA, 2005, p.65)

As três instâncias governamentais, sob respaldo dos respectivos Conselhos de Saúde⁵¹, devem contribuir no pagamento dos serviços públicos de saúde, segundo a Lei

⁵¹ Artigo 33, da Lei 8.080 (BRASIL, 1990a): "Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde".

Complementar nº 141, de 2012 (que regulamentou a EC nº29, de 2000). No que se refere ao repasse realizado pela União, o artigo 5º da referida Lei prescreve que ele deve corresponder ao montante já reservado no “exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual” (BRASIL, 2012a).

O financiamento do SUS, pelo Governo Federal, tem como fontes vários impostos, verbas do Fundo de combate e erradicação da pobreza e outras fontes, como o Seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestre (DP-VAT). Ao longo dos anos, tais recursos foram diminuindo progressivamente, em relação ao financiamento total destinado à saúde. “Entre 1980 e 1990, a União era responsável por mais de 70% do gasto público com saúde. Em 2000, estava em torno de 58,6%, em 2008, essa participação caiu para 43,5%” (BRASIL, 2011b, p.67). Percebe-se que o dispositivo garantidor do investimento mínimo do ano anterior mais a variação do PIB chegou tardiamente.

Mais alarmante, contudo, é que o total repassado ao SUS pela União é ínfimo quando em perspectiva com o Orçamento Geral. Em 2013, o Orçamento Geral da União foi de R\$1,930 trilhão de reais, sendo que apenas 85 bilhões foram liquidados em saúde, ou seja, 4,4% (BRASIL, 2013, tabela Despesa por funções). Quando comparado ao Produto Interno Bruto – PIB, então, o percentual chega a 1,86% em 2012 (DATASUS, 2013). Por outro lado, 717 bilhões foram liquidados em juros, encargos e amortização da dívida externa, correspondendo a 37,1% do total do Orçamento da União (BRASIL, 2013, tabela Grupos de despesa).

Ainda sobre os recursos federais, depois da promulgação do Pacto pela saúde, eles são divididos para os estados e municípios em blocos, quais sejam: I. Atenção Básica⁵²; II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar⁵³; III. Vigilância em

52 A atenção básica é “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2004, p.21). Tais ações compreendem, basicamente, o Programa Saúde da Família – PSF, Agentes Comunitários da Saúde – ACS, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica Básica, Saúde Bucal, dentre outras (BRASIL, 2006).

53 A média complexidade se compõe de “ações e serviços que visam atender os principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico” (BRASIL, 2009, p.207). Já a alta “é composta por procedimentos que exigem incorporação de altas tecnologias e alto custo e que não são ofertadas por todas unidades da federação.” (BRASIL, 2004, p.18).

Saúde⁵⁴; IV. Assistência Farmacêutica⁵⁵; V. Gestão do SUS⁵⁶. Os blocos de financiamento se relacionam com o pactuado no COAP pelos entes federativos de cada região, transferindo para estados e municípios o repasse correspondente aos blocos que se encontram sob sua responsabilidade. Além dos federais, o SUS é financiado por investimentos estaduais e municipais:

Art. 6º. Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º. Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal. (BRASIL, 2012a)

A realidade brasileira demonstra que, enquanto temos alguns municípios com grandes orçamentos, há outros com verba bastante reduzida, mesmo somados os repasses. Mas “Todos os municípios se responsabilizam pela atenção básica [mas de modo não exclusivo, já que os Pisos de Atenção Básica – PAB fixo e variável são recursos de ordem federal] e pelas ações básicas de vigilância em saúde” (BRASIL, 2006). Sendo assim, no mínimo a atenção básica é responsabilidade municipal, podendo esta se alargar para as atenções média e alta, desde que acordado entre os entes federados, via COAP, com respaldo do respectivo Conselho.

Atualmente, o SUS é a mais importante e avançada política pública em vigência no Brasil, dotada de um caráter público, popular e democrático, a qual tem como objetivo a justiça social. Como nos informa Paim (2008), os princípios e objetivos do movimento sanitário continuam ativos, ainda que remodelados de acordo com a atual realidade, já que o próprio SUS ainda busca garantir uma prática de saúde efetivamente plena para os que dele dependem.

É sabido que o SUS enfrenta inúmeras dificuldades. É subfinanciado, concorre com

⁵⁴ “Refere-se à proteção e à promoção da saúde da população por meio da segurança sanitária de produtos, comercialização e serviços ofertados”. (BRASIL, 2004, p.112)

⁵⁵ “Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos como insumos essenciais e visando à viabilização do acesso aos mesmos, assim como de seu uso racional”. (BRASIL, 2009, p.39)

⁵⁶ “É a responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que, por meio dos seus órgãos gestores, utilizam vários instrumentos de gestão objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde”. (BRASIL, 2004, p.55)

a iniciativa privada, seus trabalhadores não têm plano de carreira⁵⁷, e não concretiza de modo completo os princípios de integralidade, igualdade e universalidade. Por outro lado, o SUS também se realiza num processo contínuo e que, provavelmente, se encontrará em aperfeiçoamento eterno, já que novas doenças e determinantes sanitários não cessarão de surgir. E mesmo lentamente, o SUS tem somado conquistas desde sua criação.

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. É avaliado positivamente pelos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo território nacional. (BRASIL, 2006)

Além dos dados absolutos, os números comparativos das últimas décadas demonstram uma evolução na prestação dos serviços públicos de saúde, apesar de alguns dados também demonstrarem clara regressão.

Tabela 1 - Comparativo de alguns índices de saúde, entre os 1990, 2000 e 2010.

	1990	2000	2010
Consultas médicas pelo SUS (por 1.000 habitantes)	2,21 (1995)	2,25	2,71
Expectativa de vida ao nascer (em anos)	66,9 (1991)	69,8	73,9
Incidência de AIDS (por 100.000 habitantes)	6,3	17,9	17,9
Incidência de dengue (por 100.000 habitantes)	27,3	63,9	514,1
Incidência de sarampo (por número de casos)	61.435	36	72
Incidência de tuberculose (por 100.000 habitantes)	51,8	47,8	37,6
Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	31,90 (1997)	27,36	15,97
Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)	143,19	73,30	68,20
Número de médicos por habitante	1,12	1,39	1,86

Fonte: Organizada pelo autor, a partir de dados do Indicadores e Dados Básicos (IDB) de 2011, colhidos junto ao site do DATASUS (2013).

Dentre os fatores de que dependem o desenvolvimento do SUS, um deles é a necessidade de partir de sua própria concepção, ou seja, entender que ele é um organismo dinâmico cujas partes se encontram em coordenação e mesmo vigilância mútua, funcio-

⁵⁷ O artigo 4º da Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), dispõe que para receberem os devidos recursos federais, “os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação”. Apesar de o parágrafo único prever que o “não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União”, até hoje os trabalhadores do SUS não possuem o plano em questão.

nando de acordo com uma estrutura organizada, mas constantemente renovada.

Isso significa que, além de ser uma grandiosa política social de prestação de serviços, também configura uma enorme e complexa esfera pública decisória neste setor. Esfera pública esta composta de órgãos agregadores da população como todo, que fornecem um embasamento plural – mas nem sempre levado em consideração – na formulação de políticas públicas e outras decisões do setor de saúde. Em nível municipal, os Conselhos Gestores e as Conferências de Saúde são os principais colegiados decisórios do SUS.

2.3. CONSELHOS E CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE: ESPAÇOS DE EXPRESSÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Os Conselhos Gestores e as Conferências de Políticas Públicas são instrumentos surgidos no Brasil com a redemocratização, os quais possibilitam à Sociedade Civil, por meio de representantes de determinados segmentos, influir na gestão pública. Aproximam a Sociedade Civil da Sociedade Política, criando um espaço público de discussão, no qual interesses são expostos, alianças são formadas e, enfim, a política é realizada, facilitando uma possível concretização do Estado Ampliado gramsciano. “O esgarçamento do tecido social brasileiro nas últimas décadas deixa clara a necessidade de valorizar o sistema de cuidados estruturados ao redor do SUS como um território privilegiado de sociabilidade e politização.” (CARVALHO, S. R., 2005, p.158-159)

Desta forma, tanto os Conselhos como as Conferências presentes no Brasil hodierno agregam, basicamente, todas as categorias teóricas até o momento discutidas – relações de poder, Estado Democrático de Direito, Democracia Participativa, descentralização, poder local, controle social, Estado Ampliado, dentre outras menos visadas, mas não menos importantes.

Para tanto, os conselhos possuem um histórico próprio, de suma importância, que deve ser analisado à parte, mesmo de forma breve, pois sua estrutura atual é fruto de um desenvolvimento formado por séculos de experiências. “Em Portugal, entre os séculos XII e XV, foram criados ‘concelhos’ municipais (escrita da época, com c), como forma político-administrativa de Portugal, em relação às suas colônias. As câmaras municipais e as

prefeituras do Brasil colônia foram organizadas segundo esse sistema de gestão” (VIEIRA, 1992 *apud* GOHN, 2011, p.68). Desde sempre ligados, direta ou indiretamente, à Administração Pública, os conselhos passaram a ser, na modernidade, característicos de períodos de crises institucionais e políticas, divergindo das organizações tradicionalistas.

Em 1871, a Comuna de Paris governou a capital francesa, de 26 de março a 28 de maio, num movimento de afirmação de resistência popular diante da invasão prussiana. Adotando os princípios socialistas da Associação Internacional dos Trabalhadores (ou Primeira Internacional), a Comuna de Paris é considerada

[...] a primeira experiência histórica de autogestão operária por meio de conselhos populares. [...] Propunha demolir toda a organização do trabalho capitalista, a fim de substituí-la por uma organização nova. As oficinas da Comuna foram modelos de um tipo de democracia popular. Elas fixavam salários, jornada de trabalho, escolha das chefias etc., com a participação de todos os trabalhadores organizados em comitês. No âmbito da cidade, existiam comitês de bairros que cuidavam da instrução pública. (GOHN, 2011, p.69)

Mesmo com a subjugação absoluta dos insurgentes apenas dois meses depois de iniciada tal experiência, ela comprovou que a participação direta da população na gestão pública era possível. Na Comuna de Paris, os gestores não estavam restritos ao conceito grego clássico de cidadão, ou seja, não se tratava de um grupo formado apenas por homens com propriedades, representativo da classe dominante, mas, ao contrário, constituídos pelos próprios trabalhadores, demandantes dos direitos trabalhistas por eles mesmos definidos.

No século seguinte, em 1917, ocorre a Revolução Socialista Soviética, na qual os soviets – conselhos da classe operária – se tornaram colegiados de extrema importância, pois perpassaram “os partidos políticos, os sindicatos e as associações voluntárias [...], desempenhando tarefas públicas que outrora eram responsabilidade do Estado, tais como na área da saúde e da manutenção da segurança pública. A tarefa mais avançada foi a direção de processos de produção.” (GOHN, 2011, p.70).

Em território italiano, mais especificamente na cidade de Turim, surgem em 1919, os “conselhos de fábrica”, apoiados pelos pareceres e sugestões de Antonio Gramsci. No dia 13 de setembro daquele ano, o próprio Gramsci escreveu uma carta aos delegados de seção das oficinas Centro e Bravetti da Fiat, parabenizando-os pela conquista participati-

va. Os conselhos das fábricas da Fiat em Turim eram formados por delegados eleitos, em seções compartimentadas, pelos próprios trabalhadores, e tinham como dever principal formar uma Comissão Interna que debatesse os problemas trabalhistas enfrentados, no âmbito daquelas empresas. Num primeiro momento, 2.000 foram os trabalhadores da Fiat Bravetti a conseguir instalar um Conselho de Fábrica.

O exemplo é seguido pelos operários da Fiat Centro, em seguida pelos de outras seções do grande complexo, de Savigliano, de Lancia, etc. Nos fins de Outubro de 1919, o novo sistema de eleição, o sistema dos Conselhos, é actuado por 30.000 metalúrgicos que, na Primavera de 1920, serão 150.000, em Turim. (GRAMSCI, 1977, V.2, p.24 – nota de rodapé).

Animado com os resultados atingidos, Gramsci entende ser o Conselho de Fábrica “o mais idôneo órgão de educação recíproca e desenvolvimento do novo espírito social que o proletariado conseguiu exprimir pela experiência viva e fecunda da comunidade de trabalho” (GRAMSCI, 1977, V.2, p.44). Por serem órgãos voluntários, compostos de membros da Sociedade Civil, os conselhos de então eram um exemplo do que o pensador italiano tomava por “aparelhos privados de hegemonia”, servindo de arena para que valores hegemônicos e contra-hegemônicos fossem contrapostos.

Em face do desnível neste embate ideológico, e apesar dos ótimos números de produção, os Conselhos sofreram revezes⁵⁸, com alguns deles sendo desmantelados. Porém, a persistência dos trabalhadores demonstrou ser a autogestão uma realidade possível e factível, incentivando o surgimento de experiências similares na Espanha (1934-37), Polônia (1969-70), Hungria e Iugoslávia (anos 1950) (GOHN, 2011, p.71-72). Mesmo estas formas mais primitivas de conselhos já eram largamente estudadas e positivamente conceituadas por estudiosos em geral, como Putnam (2006), Castells (1980), Patenam (1992) e Arendt. Segundo esta última, inclusive

58 Em resposta às críticas feitas pela imprensa da época à experiência fracassada do Conselho de Fábrica da Fiat no circuito de Brescia, o pensador italiano afirmou que ela foi causada por uma manobra realizada pelos industriais desejosos de retomar o controle da fábrica. E que enquanto ela esteve sob a direção operária, os números de produção só fizeram aumentar. Segundo Gramsci, no “período de ocupação e de gestão operária directa, ainda que a maioria dos técnicos e dos administrativos tivesse desertado do trabalho, e uma notável parte dos operários tivesse sido destinada a substituir os desertores e a desempenhar funções de vigilância e de defesa militar, o nível da produção foi todavia mais elevado do que no período precedente, caracterizado pela reação capitalista depois da greve de Abril de 1920. No período sucessivo à ocupação – em que o controle operário e o poder dos conselhos de fábrica atingiram o máximo de eficiência – a produção da Fiat foi tal, em quantidade e qualidade, que superou em muito a produção do período bélico: de 48 viaturas quotidianas saltou-se para 70 viaturas quotidianas” (GRAMSCI, 1977, V.3, p.34). Diante disso, dois são os pontos a serem destacados: 1) a força produtiva da fábrica reside, de fato, nos operários, trabalhadores braçais, e não nos técnicos e pessoal administrativo, em sua maioria desertores; 2) apenas os trabalhadores da linha de montagem física constituíam as relações de poder firmadas no Conselho de Fábrica em questão, fragilizando suas demandas.

[...] os conselhos são a única forma possível de um governo horizontal, um governo que tenha como condição de existência a participação e a cidadania. Em Crises da República, ela afirmou que os conselhos poderiam ser não apenas uma forma de governo, mas também uma forma de Estado (ARENDR, 1973 *apud* GOHN, 2011, p.111)

Estes exemplos de conselhos mais antigos são modelos de exaltação dos direitos fundamentais de primeira e segunda dimensão frente ao Estado, numa afirmação de força e poder de segmentos específicos da Sociedade Civil, em especial dos trabalhadores. Contudo, pelo fato de serem compostos majoritariamente por um segmento (no caso, empregados), os antecedentes dos Conselhos executavam um aprofundado recorte no Poder Local de então, o que é melhor solucionado pelos atuais órgãos da Democracia Participativa, que se estruturam pela inclusão de inúmeros segmentos da Sociedade Civil. Porém, para chegar à atual configuração dos conselhos no Brasil, é preciso também compreender o seu próprio histórico.

Como afirmado no capítulo 2.2, a política nacional já contava com Conferências e Conselhos nacionais desde 1941, especificamente no setor de saúde, em razão da Lei 378 de 13 de janeiro de 1937. O Conselho Nacional de Saúde, até 1970, teve um “funcionamento irregular e inexpressivo” (CARVALHO, A., 1995, p.32), quando o Decreto 67.300 foi promulgado, estruturando sua composição – dos dezesseis conselheiros, doze eram diretamente escolhidos pelo Executivo e os outros quatro, indiretamente – e sua função – basicamente emissão de pareceres sobre a situação da política de saúde no Brasil. Assim, mesmo depois do referido decreto a atuação do Conselho Nacional de Saúde não foi, até 1990, relevante para este setor.

Manteve um funcionamento quase vegetativo, à margem das convulsões que marcaram a década de 80, quando o processo político-institucional no setor saúde desenvolvia-se em direção a uma radical reformulação.

Quando, em agosto de 1990, o Decreto 99438/90 cria um novo Conselho Nacional de Saúde, o antigo praticamente já não existia, assim como o papel para o qual foi concebido já não tinha lugar na nova conjuntura. (CARVALHO, S. R., 2005, p.34)

Se a atuação do Conselho Nacional de Saúde foi de pouca monta no período pré-redemocratização, o mesmo não se pode dizer das Conferências Nacionais, que tiveram papel decisivo na construção e definição das políticas públicas do setor, caracterizando-se de acordo com o momento histórico no qual estavam inseridas. As duas primeiras, reali-

zadas em 1941 e 1950, referiam-se ao sanitarismo clássico, notabilizado por uma visão iatrocêntrica da política de saúde. A 3ª Conferência, de 1963, insere-se num momento de transição, com posições polarizadas de esquerda e direita, mas no qual o governo de João Goulart encontrava-se disposto a debater as propostas, aceitando, inclusive, medidas descentralizadoras baseadas na municipalização dos serviços. “A 3ª CNS teria disso a prima precoce abortada da 8ª” (GADELHA; MARTINS, 1988 *apud* ESCOREL; BLOCH, 2005, p.92-93).

A 4ª Conferência completa a transição conservadora da política de saúde, já no governo militar, em 1967. A modernização conservadora e o seu planejamento estatal se deu com as Conferências Nacionais de 1975, 1977 e 1980. As duas primeiras Conferências deste grupo, a 5ª e 6ª, foram realizadas sob excessivo controle e racionalização por parte dos militares. Ainda assim, certas propostas de cunho mais social conseguiram ser aprovadas, como as que envolviam a atenção às populações marginais e programas específicos para áreas rurais. Em 1980, no governo João Figueiredo, a 7ª Conferência

[...] ocorreu já em regime de franca abertura política e de grava déficit na Previdência. A retórica do planejamento rígido, por metas estritamente técnicas, não é mais possível: o próprio Presidente Geisel, no discurso de abertura, propõe a integração de diferentes correntes de opinião sob o denominador comum que é o bem-estar do povo brasileiro (SAYD; VIEIRA JR.; VELANDIA, 1998 *apud* ESCOREL; BLOCH, 2005, p.94)

A 7ª CNS assentou as condições para que a 8ª CNS, totalmente diversa das anteriores, pudesse ocorrer. A 8ª, como já explanado, estabeleceu, em 1986, os conceitos e as mudanças legalmente ratificadas pelas Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, ao conectar a política de saúde a uma nova organização institucional. Esta Conferência Nacional é o marco fundamental do SUS, não apenas no que se refere às mudanças administrativas – com a garantia de uma prestação de saúde integral, universal e igualitária –, mas também no tocante aos responsáveis pela tomada de decisões políticas – incluídos aqui os vários sujeitos e forças que constituem o Poder Local. O relatório final da 8ª dispunha o seguinte sobre a temática:

O direito à saúde não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e

Normatizado pela Constituição – e, no caso da saúde, pela Lei 8.142 de 1990 –, o controle social torna-se elemento indispensável para a construção de um novo sistema de saúde.

Serviços de saúde que previnem a doença, que curam e que reabilitam devem, no Brasil, ter como objetivo contribuir para o aumento da capacidade reflexiva e de intervenção de diferentes sujeitos sobre o social. Ao contribuir para a constituição de cidadãos saudáveis, conscientes de seu direito e portadores do “direito a ter direitos”, esses serviços aumentam a possibilidade de ações sociais que incidam positivamente sobre os múltiplos determinantes do processo saúde/doença. (CARVALHO, S. R., 2004, p.1094)

Tanto as Conferências quanto os Conselhos de Saúde rumaram da exclusividade em âmbito nacional⁵⁹, para também serem instituídos nos demais entes federativos, sendo, atualmente, caracterizados “Gestores de Políticas Públicas”. Deste modo, instrumentalizam a Sociedade Civil, baseando-se num histórico de experiências conselhistas, a ser relatado adiante.

Como exemplos de conselhos municipais brasileiros dos anos 1970 a 1990, Gohn (2011, p.73-86) elenca os Conselhos Comunitários de São Paulo, os Conselhos Populares⁶⁰ e os Conselhos de Representantes⁶¹. Os comunitários eram inoperantes e diretamente ligados à política repressiva paulista do final da década de 60. Quando de sua tentativa de reimplantação, no começo dos anos 1980, lhes foram atribuídas apenas “responsabilidade consultivas e opinativas, mas nada no campo deliberativo” (GOHN, 2011, p.78). Os conselhos populares, por outro lado, eram estruturados a partir dos movimentos sociais, mas também não tinham poder deliberativo ou autonomia na gestão de recursos. Apesar disso, as experiências petistas com tais conselhos foram relevantes, colocando em debate sua autonomia, natureza e representatividade. Finalmente, os Conselhos de Representantes de São Paulo, apesar de previstos em legislação, foram temas de debate de 1989 a 2001,

59 Frisamos que as Conferência de Saúde a nível nacional continuam a ser realizadas, sendo de extrema importância para o SUS, encontrando-se listadas abaixo, com suas temáticas respectivas: 9ª CNS (1992) - Municipalização é o caminho; 10ª CNS (1996) I. - Saúde, cidadania e políticas públicas; II. Gestão e organização dos serviços de saúde; III. Controle social na saúde; IV. Financiamento da saúde; V. Recursos humanos para a saúde; e VI. Atenção integral à saúde; 11ª CNS (2000) - Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social; 12ª CNS (2003) - Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos; 13ª CNS (2007) - Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento; 14ª CNS (2011) - Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro.

60 A terminologia dos tipos de conselhos, em especial dos dois primeiros (comunitários e populares), remete à tipologia de participações proposta por Carvalho (1995), referida no capítulo 1.3. Mesmo que Gohn não explicita tal influência, o texto de Carvalho consta na bibliografia do livro daquela. Além disso, as semelhanças entre os tipos de participação e dos conselhos são evidentes, o que possibilita o intercâmbio das referências.

61 Tais conselhos não tinham a natureza de gestores de políticas públicas que os de hoje em dia possuem, mas serviram de referência para a implantação destes e, portanto, sua menção é extremamente válida.

sem nunca terem sido aprovados.

Em face dos insucessos dos conselhos anteriores, mas também mirando suas conquistas – afinal, deram visibilidade a certos segmentos da Sociedade Civil e os inseriram na esfera política –, os Conselhos Gestores de Políticas Públicas são criados, e assim caracterizados:

São, em geral, previstos na legislação nacional, tendo ou não caráter obrigatório, e são considerados parte integrante do sistema nacional, com atribuições legalmente estabelecidas no plano da formulação e implementação das políticas na respectiva esfera governamental, compondo as práticas de planejamento e fiscalização das ações. São também concebidos como fóruns públicos de captação de demandas e negociação de interesses específicos dos diversos grupos sociais e como uma forma de ampliar a participação dos segmentos com menos acesso ao aparelho de Estado. Neste grupo situam-se os Conselhos (...) de Saúde, de Assistência Social, de Educação, de Direitos da Criança e do Adolescente (...). Dizem respeito à dimensão da cidadania, à universalização de direitos sociais e à garantia ao exercício desses direitos. Zelam pela vigência desses direitos, garantindo sua inscrição ou inspiração na formulação das políticas e seu respeito na execução delas. (IBAM, IPEA, Comunidade Solidária, 1997 *apud* TATAGIBA, 2002, p.49)

Destaca-se que, mesmo atualmente, os Conselhos Gestores de Políticas Públicas não são os únicos órgãos denominados “conselhos” na política nacional, não se confundindo com os Conselhos de Programas⁶² e Conselhos Temáticos⁶³.

Os atuais Conselhos Gestores de Políticas Públicas diferenciam-se de seus predecessores e mesmo dos outros conselhos atuais por sua institucionalização política; por sua previsão em legislação federal e, se for o caso, também a nível estadual e municipal; por sua autonomia de gestão; pela inclusão de vários segmentos e representantes da Sociedade Civil em sua composição, formando um recorte ampliado e múltiplo daquela realidade. E, finalmente, por estarem conectados com outra instância participativa, temporária mas regular, qual seja, as respectivas Conferências de Políticas Públicas.

Em relação à Política de Saúde, os Conselhos e Conferências são assim definidos:

⁶² Os Conselhos de Programas são os “vinculados a programas governamentais concretos, em geral associados a ações emergenciais bem delimitadas quanto a seu escopo e clientela (...) Em geral, articulam ou acumulam funções executivas no âmbito do respectivo programa. Trabalham mais com a noção de clientelas específicas, supostamente beneficiárias dos programas. Dizem respeito não à extensão de direitos ou garantias sociais, mas a metas incrementais, em geral vinculadas ao provimento concreto de acesso a bens e serviços elementares ou a metas de natureza econômica. [...] Exemplos são os Conselhos Municipais de Desenvolvimento Rural, de Alimentação Escolar, de Habitação, de Emprego, de Distribuição de Alimentos”. (IBAM, IPEA, Comunidade Solidária, 1997 *apud* TATAGIBA, 2002, p.49)

⁶³ Os Conselhos Temáticos, por sua vez, não têm “vinculação imediata a um sistema ou legislação nacional, existem na esfera municipal por iniciativa local ou mesmo por estímulo estadual. Em geral, associam-se a grandes movimentos de ideais ou temas gerais que, naquele Município, por força de alguma peculiaridade de perfil político ou social, acolhem ou enfatizam o referido tema em sua agenda [...] Neste grupo, incluem-se os Conselhos Municipais de Direitos da Mulher, de Cultura, de Esportes, de Transportes, de Patrimônio Cultural, de Urbanismo etc.” (IBAM, IPEA, Comunidade Solidária, 1997 *apud* TATAGIBA, 2002, p.49-50)

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º 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 do governo. (BRASIL, 1990b)

Tais instrumentos têm, por finalidade última, a socialização das relações de poder, numa confrontação com a própria epígrafe deste trabalho, a qual, além de entender o poder como algo coisificado, o conecta diretamente à boa saúde de seus detentores. Ao democratizar as decisões referentes à política sanitária, os atuais Conselhos e Conferências de Saúde partem de um conceito relacional de poder, para o qual nenhum dos sujeitos participativos detém o poder em si, objetivando uma distribuição mais igualitária e social da política de saúde.

Segundo Paim, a adoção de tais órgãos caracteriza uma tripla reforma:

[...] é uma 'reforma social' centrada na democratização 'da saúde' por meio da elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e do reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo [ou, ao menos, tentando garantir] o acesso universal e igualitário ao SUS e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão. É uma reforma 'do Estado' e dos seus aparelhos quando defende a descentralização do processo decisório, o controle social e o fomento da ética e da transparência nos governos. É, também, uma reforma 'da sociedade e da cultura' quando se propõe a alcançar os espaços da organização econômica e cultural mediante a produção e distribuição justa da riqueza, uma 'totalidade de mudanças' em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, articulado a uma reforma intelectual e moral. (PAIM, 2008, p.114)

Por serem órgãos participativos, relativos à política de saúde e conterem inúmeras similaridades, entendemos ser produtivo analisarmos os Conselhos e as Conferências deste setor municipal comparativamente, englobando seis aspectos: cobertura, funções, caráter temporal, iniciativa, composição e natureza.

Em relação ao primeiro aspecto, a União conta com o Conselho Nacional de Saúde

e todos os 27 estados brasileiros possuem o seu respectivo Conselho no setor. Segundo o IBGE (2012, p.209), em 2011⁶⁴, do total de 5.565 municípios brasileiros, apenas 12 não dispunham de um Conselho de Saúde. Quanto às CMS, o Relatório Final da 14ª CNS (BRASIL, 2012b, p.9) indicava que, no mesmo ano, haviam sido promovidas “4.374 conferências (municipais e estaduais) nos 27 estados brasileiros, o que significa a realização de 78% do total de conferências esperadas”. Mesmo abaixo do pretendido, tal situação é bastante reveladora da abrangência das medidas descentralizadoras e participativas do SUS.

Este alcance resulta na socialização da gerência e do controle do SUS, por meio das funções desempenhadas pelos órgãos em questão. O dispositivo legal (BRASIL, 1990b) determina que enquanto as Conferências têm como funções “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde”, os Conselhos atuam “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros”.

O marco legal do Sistema Único de Saúde, como se vê é bastante claro no sentido de delegar responsabilidades aos atores locais, governantes e população, na gestão da saúde. A operacionalização dos dispositivos legais mediante a criação das formas de gestão semiplena, em meados da década de 1990 e plena da atenção básica, e plena do sistema municipal, alguns anos depois, permitiu que fossem construídas bases empíricas para analisar a influência do poder local nessas novas formas de gestão. (SILVA, S. F., 2001, p.91).

Neste ponto, observam-se os reflexos da descentralização política, pois as análises e proposições dos conselhos e conferências de dada esfera federativa influenciam, em variados graus de relevância, a posição dos demais órgãos. Determinantes municipais acabam por basear propostas estaduais, as quais, por sua vez, servem de fundamento para a definição da política nacional, que, afinal, chega aos próprios municípios através de ações e programas descentralizados. Um círculo virtuoso é arquitetado, de modo que a política de saúde como um todo seja uma verdadeira “síntese das múltiplas determinações”.

Qualquer que seja o nível federativo, ambas as instâncias têm funções propositivas, mas apenas os Conselhos atuam no controle executório, já que as Conferências ocorrem em grandes intervalos de tempo. Assim, a partir das análises conjunturais realizadas

64 Tentamos encontrar dados oficiais mais recentes sobre o número de Conselho Municipais de Saúde no Brasil, mas, infelizmente, o Perfil de Municípios Brasileiros de 2012 não possui dados relativos aos conselhos deste setor, apesar de relacionar números sobre alguns Conselhos de Programas e Temáticos (exs: de Políticas Urbanas, de Transportes, de Cultura, de Preservação do Patrimônio, de Segurança, dentre outros).

pelas Conferências a cada quatro anos, bem como de suas proposições, os Conselhos podem operar de forma mais pontual. Destarte, o principal instrumento das Conferências de Saúde é o seu relatório final, no qual, a partir de uma apreciação conjuntural, são dispostas as ações estratégicas e diretrizes sugeridas ao Executivo, de forma mais abrangente. Já os Conselhos dispõem de um arsenal maior de ferramentas, composto de resoluções, requerimentos, informes, plenárias, reuniões ordinárias e extraordinárias, dentre outras, cujo caráter é mais individual.

Se os Conselhos Municipais de Saúde brasileiros se diferenciam das Conferências quanto às ferramentas de cada um, eles podem se assemelhar no tocante à sua origem. Até o ano de 1990, apenas 144 municípios (inclusive capitais) possuíam Conselhos de Saúde, enquanto que no ano de 1991, foram criados 1.019 destes órgãos. No final de 1993, 1.676 municípios já dispunham em sua política da atuação dos Conselhos de Saúde (NESCON, IBAM, *et al.* 1993 *apud* CARVALHO, A., 1995, p.69). Tal fenômeno é compreensível diante da publicação da NOB 01/91, que passou a exigir dos municípios obediência a certos dispositivos da Lei 8.142/90, em especial a implementação do Conselho Municipal de Saúde, sob pena de não receberem os repasses federais para este setor.

Diante disso, a criação dos Conselhos Municipais de Saúde e a realização de suas respectivas Conferências se deu, em sua maioria, pela exigência legal e não necessariamente pela pressão social dos munícipes. Contudo, uma vez criados ambos os instrumentos no período da redemocratização brasileira, e constituídos pelos princípios do SUS de participação e descentralização, o direcionamento de suas atuações para objetivos mais sociais e democráticos é facilitado. Inclusive, porque a composição destes colegiados se encarrega de encaminhá-los numa direção cujos resultados, mesmo que dotados de um caráter conservador, haverão de ser debatidos por uma gama de membros (em teoria) representativos da sociedade. Afinal, segundo o artigo 4º, §1º da Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), a “representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”.

A Resolução nº 333, do Conselho Nacional de Saúde, determinou que a composição dos Conselhos (de todas as esferas federativas), seguida pelas Conferências, se

desse da seguinte maneira: “a) 50% de entidades de usuários; b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, com ou sem fins lucrativos” (BRASIL, 2003). Assim, a política municipal de saúde concretiza uma contínua relação triangular de sujeitos, na qual a Administração determina políticas de saúde que serão fornecidas por trabalhadores e prestadores de serviços aos sujeitos finais, os usuários. Todos estes sujeitos concretizam a participação social na política municipal de saúde, mas por serem os usuários os beneficiários e a própria razão de tais serviços existirem, o número de representantes deste segmento é maior em relação aos outros dois.

No desenvolvimento desta esfera participativa, visões de mundo, interesses, demandas e objetivos são veiculados e debatidos, realizando, por fim, mesmo que inconscientemente, um debate sobre ideologias. Portanto, seja nos Conselhos ou nas Conferências de Saúde, há o perpasso da discussão da hegemonia, o que, relativamente, aproxima tais ferramentas participativas do conceito gramsciano de “aparelhos privados de hegemonia”. Todos estes órgãos apresentam em seu bojo finalidades ou opiniões que buscam, em graus variados, reafirmar ou coibir a hegemonia em atividade. A diferença entre tais órgãos, porém, reside em sua composição, já que os Conselhos ou Conferências são aparelhos de hegemonia, mas não tão somente privados, pois compostos igualmente por membros do segmento governamental e por outros não governamentais.

Os Conselhos e Conferências, enfim, não se reduzem aos segmentos da Sociedade Civil, pois há uma conexão destes a representantes da Sociedade Política, por meio da composição plural destes órgãos, ampliando o conceito gramsciano de aparelhos de hegemonia. Em cada um dos segmentos, há membros de variados grupos, o que reflete a pluralidade da convivência humana, nas várias maneiras de ser em sociedade. Além de abarcar várias realidades sociais, a composição destes colegiados parece refletir em si mesma as diversas classes presentes na sociedade capitalista, reconhecendo a diferença entre seus interesses, pleitos e demandas, já que provenientes de situações socioeconômicas diversas e, por vezes, até opostas.

A Resolução 333 (BRASIL, 2003) afirma que a “representação de órgãos ou entida-

des terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde”, arrolando, a seguir, de forma não taxativa, possíveis representantes a serem considerados na composição do referido órgão:

a) de associações de portadores de patologias; b) de associações de portadores de deficiências; c) de entidades indígenas; d) de movimentos sociais e populares organizados; e) movimentos organizados de mulheres, em saúde; f) de entidades de aposentados e pensionistas; g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; h) de entidades de defesa do consumidor; i) de organizações de moradores; j) de entidades ambientalistas; k) de organizações religiosas; l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe; m) da comunidade científica; n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; o) entidades patronais; p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde; q) de Governo. (BRASIL, 2003)

Igualmente, quando de sua composição, as Conferências também buscam abarcar um grande número de representantes, de variadas origens e segmentos sociais. Tanto nos Conselhos, como nas Conferências, a intenção é viabilizar o debate mais amplo possível sobre os problemas enfrentados e possíveis soluções, refletindo o caráter antropológico da política pública de saúde pós-redemocratização.

Mas nem sempre a paridade, determinada por Lei, é respeitada. Em 2011, 76 dos Conselhos Municipais de Saúde brasileiros tinham maior representação governamental, enquanto 235 eram constituídos por mais representantes da Sociedade Civil (IBGE, 2012, p.209)⁶⁵. É verdade que os conselhos não paritários representam apenas 5,6% do total, mas a não verificação desta condição pode ser prejudicial, desequilibrando uma harmonia presente nas demais instâncias participativas, deslocando aquela diversamente constituída.

Outro elemento com potencial deslocador é a natureza dos Conselhos e Conferências de Saúde. A Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), em seu artigo 1º, §1º, é bastante clara ao dispor que o Conselho de Saúde terá natureza deliberativa, reforçando este entendimento ao determinar, no final do dispositivo, que suas “decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”. Não há, portanto, segundo o disposto legal, possibilidade de o Executivo rejeitar as resoluções provindas do Conselhos.

⁶⁵ Não encontramos dados oficiais sobre a composição das Conferências Municipais de Saúde brasileiras.

Tal natureza dos órgãos em questão é caracterizada como “deliberativa”, referindo-se este termo não apenas ao ato de seus conselheiros debaterem os rumos da política de saúde, mas também no sentido resolutivo, definitivo de tais atividades. Uma vez realizadas as reuniões do Conselho e enviadas à Administração suas decisões, estas teriam natureza definitiva, irrevogável, necessitando apenas da homologação política. Tal, porém, não é a realidade enfrentada pelos Conselhos.

Segundo a doutrina especializada e o próprio IBGE, ao contrário do disposto na legislação, duas seriam as naturezas possíveis para os Conselhos de Saúde, no que se refere ao acatamento ou não de suas resoluções: consultiva e deliberativa.

Conselho consultivo: Aquele em que seus integrantes têm o papel apenas de estudar e indicar ações ou políticas sobre sua área de atuação.

Conselho deliberativo: Aquele que efetivamente tem poder de decidir sobre a implantação de políticas e/ou a administração de recursos relativos à sua área de atuação. (IBGE, 2012, p.357)

Em 2011, de acordo com o Perfil dos Municípios Brasileiros (IBGE, 2012, p.66), do total de 5.242 Conselhos Municipais de Saúde paritários do país, 240 (4,5%) eram consultivos e 1.957 (37,3%) tinham uma natureza deliberativa⁶⁶. Quando consultivo, há a possibilidade de o Conselho de Saúde tornar-se inócuo, emitindo resoluções que serão descartadas pelo Poder Público, ou acatadas apenas quando lhes forem convenientes, conforme Garrido de Paula:

Vínhamos de uma participação em conselhos consultivos e verificamos que esses serviram aos interesses do Executivo. Eventualmente respaldavam algumas de suas ações, mas o Executivo não estava obrigado a acatar nenhuma posição. Agora, se você coloca o conselho como deliberativo e controlador, você coloca a ideia de que ele efetivamente exerce poder público (DE PAULA, 1997 *apud* TATAGIBA, 2002, p.92).

E mesmo quando caracterizados como deliberativos pela Lei Municipal que os cria, os Conselhos de Saúde não têm, necessariamente, suas resoluções materializadas pelo Poder Público, o que contraria o Direito Administrativo, segundo Di Pietro, especialista na matéria:

Sabe-se que os atos administrativos têm os atributos da presunção de veracidade (pelo qual se presumem verdadeiros os fatos neles alegados), da presunção de legalidade (pelo qual se presume a conformidade com a lei), da imperatividade (possibilidade de criar obrigações por decisão unilateral, independentemente de

⁶⁶ Ressaltamos que a fonte utilizada (IBGE, 2012), destrinchou os conselhos paritários de saúde em quatro naturezas – consultivos, deliberativos, fiscalizadores e normativos – e não apenas duas, gerando 16 diferentes combinações de naturezas possíveis para estes órgãos. Para chegar aos totais demonstrados, somamos apenas as combinações que continham a natureza consultiva, no primeiro caso, e a deliberativa, no segundo, desconsiderando aquelas que continham ambas as naturezas simultaneamente (situação que pode ocorrer, como veremos adiante).

concordância do destinatário) e auto-executoriedade (possibilidade de execução, sem necessidade de título fornecido pelo Poder Judiciário).

Indaga-se então se esses mesmos atributos estão presentes nos órgãos que contam com participação popular. A resposta só pode ser afirmativa, desde que tais órgãos tenham sido criados por lei, que lhes defina o âmbito de atribuições. (DI PIETRO, 2000, p.44)

Se para conferir obrigatoriedade às resoluções dos Conselhos de Saúde necessitam-se de uma legislação clara em definir atribuições, os Conselhos Municipais talvez tenham ainda mais dificuldade em se incluir de modo efetivo na política local. Isso porque, várias leis municipais criadoras dos respectivos Conselhos de Saúde os caracterizam, simultaneamente, como consultivos e deliberativos, fazendo destes órgãos incoerências jurídicas.

Em 2011 (IBGE, 2012, p.66), de 5.242 Conselhos Municipais de Saúde devidamente paritários, 2.743 (52,3%) eram simultaneamente consultivos e deliberativos, resultando numa imprecisão de sua natureza. Afinal, pela própria definição dos termos, é impossível vincular e não vincular, ao mesmo tempo, a Administração às resoluções conselhistas. Tal situação gera complicações, pois as naturezas consultiva e deliberativa são conceitos, em teoria, impossíveis de coexistir. Entendemos que nestes casos, o caráter deliberativo, mais social e participativo, deveria suplantá-lo; mas isto não acontece, fazendo com que a ambiguidade persista.

Segundo a doutrina jurídica, quando não acatada uma resolução do Conselho deliberativo (ou deliberativo-consultivo), este órgão pode e deve acionar o Judiciário.

As medidas administrativas e judiciais cabíveis para impugnação a esses atos são as mesmas cabíveis em relação a outro ato administrativo qualquer, praticado por servidor público; e as medidas cabíveis para impor a sua observância àqueles que se recusem a cumpri-los também são as mesmas⁶⁷. Até porque tais atos são praticados não por particulares, mas por um órgão colegiado integrante da estrutura administrativa do Estado. (DI PIETRO, 2000, p.45)

Não obstante a importância de uma definição quanto à natureza dos Conselhos Municipais de Saúde, entendemos que caracterizar estes órgãos como absoluta e irrestritamente deliberativos também seria prejudicial à Sociedade Política e, por fim, ao próprio Estado. O caráter dúbio destes colegiados é, sem dúvida, preocupante; mas posições extremadas, também podem vir a ser. Os Conselhos, afinal, não são órgãos essencialmente políticos, seus representantes não são escolhidos através de sufrágio eleitoral e, em gran-

⁶⁷ Em geral, para obrigar a Administração a determinado ato de fazer, a medida judicial cabível é a Ação Civil Pública, com pedido de liminar.

de parte das vezes, sua própria composição não reflete adequadamente a realidade social correspondente.

Os Conselhos, destarte, não se resumem às suas naturezas, podendo realizar de modo mais eficaz outras funções importantes, que não só a de propor políticas públicas de saúde.

De fato, em alguns casos, um conselho bem-sucedido pode não ter a sua ação diretamente relacionada à deliberação (“induzir o Estado à ação”), mas ao controle social do Estado (no sentido fiscalizatório, que visa “impedir o Estado de transgredir”), ou a uma eficiente vocalização das demandas, ou a uma junção feliz dessas características. Conselhos com baixa capacidade deliberativa podem ser fortes no controle da aplicação dos recursos orçamentários ou na execução de programas e projetos. (TATAGIBA, 2002, p.91)

Se no tocante aos Conselhos de Saúde, há várias funções a serem desempenhadas, possibilitando a estes órgãos focar em uma atividade quando outras estão impossibilitadas de ser tão bem desenvolvidas, no caso das Conferências esta opção inexistente. Segundo a lei 8.142, as Conferências têm como funções somente “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política” (BRASIL, 1990b) neste setor.

O principal objetivo no qual as relações de poder inseridas nas Conferências devem se focar, portanto, é na tentativa de tornar seus próprios interesses mais próximos de serem concretizados. Afinal, para serem efetivadas, as políticas públicas de saúde devem, primeira e obrigatoriamente, estar materializadas no plano governamental de saúde. E para figurar neste instrumento legal, os dois principais caminhos são a via política em sentido estrito – por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) –, ou a via da participação social – através da Conferência Municipal. Assim, a efetivação provém diretamente da materialização.

No caso de as Conferências de Saúde se provarem um meio de difícil materialização de suas demandas, aos segmentos mais institucionalizados (ex: entidades públicas, sindicais, patronais etc.), há a possibilidade de recorrer às relações mais estreitas com a Sociedade Política. Aos grupos de caráter menos político (ex: organizações de moradores, entidades sociais, indígenas, etc.), porém, não há meio oficial secundário, além dos órgãos e instâncias de participação social. Resta-lhes ou a oficialidade da Democracia Participativa, controladora do Estado, ou a inquietação da Participação Popular, combativa do Estado.

Inseridas ou não na máquina estatal, a favor ou contra o Poder Público, o fato é que os interesses no campo da saúde – tanto os provindos de segmentos mais institucionalizados, como daqueles menos – precisam de certa concordância da Sociedade Política para se materializarem nos planos de governo, especialmente as demandas presentes nas Conferências de Saúde.

No caso dos Conselhos, como dito, porque deliberativos, a doutrina jurídica admite que, se não acatadas as resoluções de tais órgãos pela Administração correspondente, esta poderá sofrer as sanções previstas. Já em relação às Conferências de Saúde, o entendimento sobre a materialização de suas diretrizes no plano governamental ou é absoluto entre Sociedade Civil e Política ou elas serão descartadas, já que estes colegiados são consultivos.

Sejam as Conferências nacionais, estaduais ou municipais, não existe sequer a possibilidade de natureza ambígua, como nos Conselhos. “Não tendo caráter deliberativo e funcionando mais como um mecanismo de ausculta da sociedade, os debates das conferências nem sempre se desdobraram em ações do Executivo” (ESCOREL; MOREIRA, 2008, p.1006).

3. A MATERIALIZAÇÃO POLÍTICA DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE PONTA GROSSA – 2009 E 2011

Até este momento, a pesquisa buscou estabelecer as categorias teóricas presentes em seu entorno, explanando, segundo a necessidade da cada uma, seus respectivos históricos, contextos e aplicações, fosse no campo específico da política de saúde pontagrossense ou, de modo mais geral, no que tange às relações entre Estado e Sociedade Civil.

Uma vez sistematizadas as premissas teóricas do estudo, acreditamos ter contemplado o primeiro objetivo específico da pesquisa. Na sequência do trabalho, por meio de uma perspectiva empírica das referidas categorias, passamos a buscar o alcance dos demais objetivos específicos da pesquisa. Para tanto, adotou-se o município de Ponta Grossa como referencial geográfico, e, mais especificamente, a reconstrução do objeto da presente pesquisa - compreender a atuação da participação social na política municipal de saúde, relacionando-as à materialização das conferências municipais de 2009 e 2011.

Para dar conta deste empreendimento, é preciso recorrer à uma breve contextualização do município de Ponta Grossa e elementos de sua política pública de saúde.

3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA E ELEMENTOS DE SUA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Ponta Grossa é um dos municípios integrantes da região atualmente chamada “Campos Gerais⁶⁸”, do Estado do Paraná, e possui uma área de aproximadamente 2.026 quilômetros quadrados, com uma estimativa da população para 2013 de 331.084 habitantes, e densidade demográfica de 163,44 hab/km² (IPARDES). É o maior município da região, exceto pela capital paranaense Curitiba, servindo de referência para as demais cidades.

Ponta Grossa é um município histórico cuja fundação remonta a 15 de setembro do ano de 1823, completando quase dois séculos de criação. A ocupação de seu território

68 “Os municípios que fazem parte dos Campos Gerais incluem: Ponta Grossa (a principal referência), Castro, Palmeira, Carambeí, Jaguariaíva, Ortigueira, Prudentópolis, Piraí do Sul, Porto Amazonas, Tibagi, Reserva, Telêmaco Borba, Campo Largo, Imbaú, Ivaí, Reserva, Balsa Nova, Lapa, Arapoti, Campo do Tenente, Cândido de Abreu, Ipiranga, Rio Negro, Ventania, Sengés, Rio Negro, São João do Triunfo, São José da Boa Vista e Teixeira Soares.” (GOIRIS, 2013, p.25)

e regiões próximas, porém, data de muito antes, pois já em 1704, o Capitão-mor Pedro Taques de Almeida, rico comerciante paulista, havia requerido a concessão de sesmarias.

Ocupadas por seu filho, José Góis de Moraes, e genros, tais sesmarias passaram a servir de pontos de descanso para os tropeiros que percorriam o trajeto do sul do país para Minas e São Paulo, especialmente após o descobrimento de ouro em Goiás e proximidades, em 1719, e a abertura do caminho de Viamão (que ia de Viamão-RS a Sorocaba-SP, e atravessava Ponta Grossa), em 1730 (GOIRIS, 2013, p.112). De regiões instáveis – tanto em termos de propriedade quanto geográficos⁶⁹ –, as sesmarias se desenvolvem, tornando-se fazendas latifundiárias (ex: Santa Cruz, Cambijú, Itaiacoca etc.), e entrepostos comerciais.

Nos Campos Gerais, além do mercado fomentado pelos tropeiros, vendeiros e, mais à frente, bandeirantes, ocorre o desenvolvimento da pecuária, ao longo do século XVIII. A região não é propícia à agricultura, pois os solos “são arenosos e pobres – tipo litossólicos –, desfavoráveis ao desenvolvimento de plantas arbóreas, salvo nas depressões ou planícies aluviais” (ALBUQUERQUE; AUED, 2008 *apud* GOIRIS, 2013, p.30).

Tal fator é essencial na explanação histórica da região, pois a atividade pecuária não demanda muitos cuidados, já que o gado permanece solto no pasto. Além disso, não exige grande monta de empregados, ao contrário da agricultura, atividade esta que, inclusive, gerou o colonato (em que o proprietário das terras as divide entre várias famílias de trabalhadores). Com esta imensidão de terras, povoadas por poucas famílias, a influência e poder do pecuarista latifundiário sobre os seus – família, empregados e agregados – é enorme, caracterizando as relações de dominação pessoal, descritas por Franco (1997).

Desenvolvidas, segundo a autora, pelas atividades tropeiras, não há razão para desacreditar a existência das relações de dominação pessoal em território pontagrossense. E não apenas pela presença de tropeiros, mas também pela enorme capacidade financeira dos latifundiários de então, correlação direta naqueles tempos (e, em verdade, ainda hoje) para a inclusão nas relações do Poder Local, como visto no capítulo 1.5.

⁶⁹ “Salienta-se que o sistema de Sesmarias se caracterizava não apenas pela imensidão das glebas concedidas, mas, sobretudo pela imprecisão de seus limites. Esta peculiaridade encorajava a apropriação autoritária das terras e o surgimento de conflitos no campo. Os posseiros e grileiros já existiam desde aquele tempo. Muitos destes, não tendo acesso a terras gratuitas simplesmente decidiam ocupar porções ‘ociosas’ das sesmarias já concedidas.” (GOIRIS, 2013, p.115)

Nos primeiros tempos, quando por aqui passavam as tropas, os tropeiros invernavam o gado em campos reúnos [sic], de propriedade do governo, mas com o tempo esses campos foram sendo anexados às terras das grandes fazendas, e então o tropeiro precisava da licença do fazendeiro para descansar a tropa por alguns dias. Muitos alugavam as suas pastagens, ganhando um bom dinheiro com esse negócio.

Já no século XIX, foram muitos os fazendeiros que deixaram de criar gado, passando a viver do aluguel de suas pastagens para os tropeiros. (CHAMMA, 1988, p.16)

Á época, segundo Chamma (1988, p.22), Ponta Grossa era apenas uma freguesia e sua “população total se constituía de 2.069 habitantes, sendo 1.578 brancos (destes, 727 homens) e 373 escravos⁷⁰”. Os restantes eram pardos e pretos, mas constituíam uma “população livre”, provavelmente a mesma examinada por Franco (1997). O século XIX, entretanto, conta com um desenvolvimento considerável da região. Em 1885, Ponta Grossa desmembra-se de Castro, constituindo-se numa cidade independente.

No final do século XIX, Ponta Grossa já estava com uma população de quase oito mil habitantes.

População sui-generis: de um lado, os povoadores e seus descendentes, frios e orgulhosos, e do outro imigrantes recém-chegados: poloneses, russo-alemães e ucranianos, arredios e desconfiados.

De tudo isso resultou uma sociedade difícil no relacionamento: desconfiados em relação aos novos moradores que aqui chegassem.

Casamentos, só entre as famílias muito conhecidas. Dos estrangeiros procuravam os mais jovens para o trabalho no comércio, e as moças para os serviços domésticos.

Assim a sociedade pontagrossense inicia o século XX com uma elite representada talvez “pelas maiores fortunas da Província”, formando uma verdadeira classe senhorial, e que centralizava o poder nos Campos Gerais. (CHAMMA, 1988, p.45)

Naquele tempo, os “Proprietário de terras e comerciantes são os donos do poder político da Vila de Ponta Grossa” (CHAMMA, 1988, p.29). Com poucas famílias concentrando a renda, Ponta Grossa se desenvolve não necessariamente em razão da sociedade civil municipal, mas, muitas vezes, à custa de tais indivíduos. A classe dominante sentia-se no direito de concentrar o poder⁷¹, “já que conduzira todo processo de emancipação política

da cidade. A ‘dívida’ com o patronato local limita e cerceia o desenvolvimento econômico e

70 Vale notar a desumanização dos escravos pelo censo daquela época, que sequer considerava o sexo dos mesmos, já que desnecessário para sua caracterização sub-humana de então.

71 “Episódio emblemático deste controle do Poder Local pelas classes dominantes data da promulgação da Lei Áurea, em 1888, quando a escravidão é abolida e começa a faltar mão-de-obra para o trabalho braçal antes exercido pelos escravos, mas não pelos brancos, [...] já que branco que se prezasse [não realizava tais serviços].

A única saída era encontrar quem fizesse esse trabalho. Assim, os russos-alemães chegaram em momento certo. Lamentável é que alguns fazendeiros querendo ganhar muito dinheiro e sair lucrando, venderam terras improdutivas, como as do Capão da Anta, Quero-quero, Papagaios Novos, Pugas, etc... onde “os arenitos afloravam em toda a extensão. Notava-se a ausência total de solo arável. [...]

O sonho de transformar os Campos Gerais em Zona produtora de cereais se esvaiu, com a saída dos colonos, em grande quantidade, rumo ao Prata, e que deixou o Imperador [D. Pedro I] indignado ao visitar os lugares das Colônias e perceber que as importâncias por ele encaminhadas ao Governo Provincial haviam passado para as mãos de gente sem

social da sociedade pontagrossense ainda hoje.” (SCHIMANSKI, 2007, p.96). E tal débito não é esquecido, pois os nomes e sobrenomes destes cidadãos estão eternizados em ruas, avenidas, praças, nomes de edifícios, entre outros inúmeros apontamentos.

Entre o final do século XIX e o início do século XX, a cidade passou por inúmeras transformações de ordem socioeconômica: advento das ferrovias, urbanização, crescimento do comércio e da indústria; novos atores sociais que passaram a compor o cenário pontagrossense com a chegada dos imigrantes europeus. No entanto, no que se refere às estruturas de poder, estas permaneceram inalteradas ao longo do século XX. O poder local tem estado, historicamente, irremediavelmente ligado a interesses de grupos políticos, os quais irão conduzir o processo de modernização da cidade a partir de sua lógica conservadora. (SCHIMANSKI, 2007, p.89-90)

Com as relações de poder concentradas em poucas famílias, não se desenvolve um sentimento coletivo na cidade, o que, em verdade, reflete a política brasileira em geral da época, nas mãos dos grandes latifundiários, como relatadas por Franco (1997). E a política de saúde, assim como as demais do setor social, acompanhavam tal situação. As cidades, quando possuíam uma rede de água e esgotos, era bastante acanhada, e os poucos pesquisadores e laboratórios do Brasil estavam concentrados em São Paulo e Rio de Janeiro. Assim, os municípios não contavam “com mecanismos permanentes de controle de doenças e combate às epidemias que regularmente atingiam ricos, pobres, brancos e negros, brasileiros e estrangeiros” (CRUZ; LEANDRO, 2009, p.28). Distante dos laboratórios, Ponta Grossa foi palco de alguns surtos de doenças, incluindo um de gripe espanhola, entre os anos 1918 e 1919. Neste período, a atuação dos médicos foi fundamental, o que acabou elevando-os à classe política, e à eleição do médico Glasser, que

[...] inaugurou em Ponta Grossa a cultura política de ‘votar nos médicos’ [...]. Neste contexto, emerge um problema que se apresenta em Ponta Grossa até os dias de hoje: a dificuldade dos médicos em conciliar a atividade política com as exigências da profissão de médico. O doutor Glasser (que era médico da Santa Casa e do Hospital 26 de Outubro) não conseguia distribuir adequadamente suas tarefas entre a Medicina e a Política. (GOIRIS, 2013, p.165)

Poder-se-ia imaginar que, se a política de saúde da cidade não havia melhorado, ao menos sua conscientização política e participação social teriam se desenvolvido, já que, em 1930, Ponta Grossa recebe a alcunha de “Capital cívica do Paraná”. Tal não é o caso, pois o título foi dado por Getúlio Vargas, quando de sua passagem pela cidade, onde soube da vitória da Revolução ocorrida naquele ano, que suplantaria a hegemonia da política

escrúpulos, grandes fazendeiros, que já muito ricos, queriam ganhar mais ainda, mesmo que isso fosse à custa de gente humilde e de fora”. [CHAMMA, 1988, p.44]

café-com-leite, dividida entre paulistas e mineiros. Movido essencialmente por interesses políticos e econômicos, que não guardavam relação direta com as demandas de caráter mais popular,

[...] o movimento revolucionário de 1930 evitou que as camadas populares tivessem um papel mais ativo nas transformações sociais. As classes dominantes se valeram do Estado para promover mudanças que lhes permitissem ‘perder o mínimo de anéis e conservar o máximo dos dedos’.

O Estado pós-1930, diz Coutinho (2000), assumiu assim a tarefa de criar ‘pelo alto’ (sem consulta popular) os pressupostos da industrialização e da diversificação do setor agrário, fazendo com que o capitalismo se generalizasse no país [...] (GOIRIS, 2013, p.170)

Este é o sentido da civilidade pontagrossense enxergada por Vargas, que será “aprofundada” pelo político no Brasil em 1937, ano de instauração do governo autoritário por ele dirigido até 1945. Ponta Grossa seguirá tal linha política conservadora, dotando-a de particularidades não muito ordenadas, já que entre 1930 e 1964, 18 são os prefeitos que se sucedem na prefeitura municipal, alguns com 1 ano ou menos de mandato. “Pertenciam a diversos partidos, mas, sobretudo, pertenciam também a uma elite estreitamente vinculada à infraestrutura econômica dominante e também ao Estado burguês.” (GOIRIS, 2013, p.189). Mas a Sociedade Política apenas espelhava características da Sociedade Civil, que também difundia uma ideologia hegemônica, baseada em valores econômicos elitistas.

E se a Revolução de 30 se coadunava com princípios da Ponta Grossa de então, o golpe militar de 1964 também não se distanciava da hegemonia presente na região.

[...] todas as opções concretas enfrentadas pelo Brasil, direta ou indiretamente ligadas à transição para o capitalismo (desde a Independência política ao golpe de 1964, passando pela Proclamação da República e pela Revolução de 1930), encontraram uma solução “pelo alto”, ou seja, elitista e antipopular. (COUTINHO, 1992, p.121)

Em termos genéricos, as características e a idiosincrasia da sociedade civil princesina⁷² não estava [sic] tão distante dos princípios ideológicos que nortearam o golpe militar de 1964. A visão conservadora que predominava na sociedade dos Campos Gerais encontrou seu fundamento, por exemplo, na clássica interpretação de que o comunismo era o inimigo número um da nação. (GOIRIS, 2013, p.207)

Não há muito material sobre a política de saúde de Ponta Grossa no período de pré-redemocratização; mas tal carência se deve ao fato de que, até 1988, a História brasileira não foi construída sob bases federativas, apesar de tal sistema de governo estar

⁷² O termo “princesinha” deriva de outra alcunha da cidade de Ponta Grossa: Princesa dos Campos Gerais, sendo Campos Gerais a região na qual ela está inserida.

presente desde a primeira Carta Constitucional, de 1889. Como visto no capítulo 2.1, as políticas de saúde dos municípios seguiam diretrizes nacionais, de modo vertical e impositivo. A falta de abertura à participação social em Ponta Grossa era, portanto, consoante à ideologia de âmbito nacional.

[...] nesse período (década de 1970), não ocorreram ações governamentais que possibilitassem a organização de canais de incentivo às relações sociais comunitárias e a organização de movimentos sociais que atendessem às reivindicações dos setores populares em Ponta Grossa. Segundo a autora, não havia interesse por parte dos grupos detentores do monopólio econômico e político, ligados às famílias tradicionais da cidade, em promover a emancipação desses setores, tendo em vista a manutenção e a conservação dos privilégios de classe. (SIQUEIRA, 2006 *apud* SCHIMANSKI, 2007, p.117)

Na área da saúde, as implementações políticas significativas elencadas por Chama (1988), em Ponta Grossa, até a década de 70, são pontuais e, por vezes, realizadas por certa gestão, sem conectá-las às gestões anteriores. Mesmo assim, os municípios já possuem, nessa época, a noção de que a política de saúde deve ser pública e constante, ao menos no que constam as ações coletivas (já que, até o surgimento do SUS, vigorou a divisão entre a medicina previdenciária individual e a pública coletiva). De qualquer modo, tais ações e conhecimentos fundamentaram sobremaneira o desenvolvimento sanitário pontagrossense, sendo que, no ano de 1983, O Departamento de Saúde possuía os seguintes postos de atendimento:

Unidade de Saúde Central, São Judas Tadeu, São Vendelino, Palmeirinha, 31 de março, Santa Paula, LBA, Santa Terezinha, Guaragi, Cerrado Grande, Mato Queimado, Vila Cipa, Biscaia, Vila Liane, Convento Servas do Espírito Santo, Bocaína, Santa Maria, Santa Teresa, Colônia Dona Luísa, Volante, São Pedro do Sabará, Caracará, São Jorge, Santa Rita de Cássia, Crutac, Boqueirão, Vila Velha, Vila Borsato, Jardim Esplanada, Vila Real, Vila Vilela, Vila Rubini, Convento de Bocaína, Santa Cruz, Ronda, Guarda-mirim, Asilo São Vicente, Mansão Bezerra de Meneses, Vila Vicentina.

O Departamento de Saúde realiza ainda:

- ampliação de cinco unidades do Programa Pré-natal, totalizando com isso, doze unidades, para orientar as gestantes carentes do Município.
- Participação nas campanhas nacionais de vacinação.
- Treinamento dos agentes de saúde.
- Implantação dos Programas Pré-natal e Puericultura.
- Assistência Odontológica.
- Cursos profissionalizantes, palestras, centros sociais, participação em Projetos com o S.O.S. [...]

- 89.243 atendimentos médicos.
- 24.079 doses de vacinas.
- 835.702 atendimentos de enfermagem. (CHAMMA, 1998, p.138)

Neste período, o Departamento municipal de saúde encontrava-se vinculado à Secretaria municipal da saúde e bem-estar social, desenvolvendo suas atividades junto ao Departamento de Serviço Social, com uma atuação mais abrangente nas políticas sociais do município (ainda que as atividades e atribuições deste departamento fossem reduzidas).

No quesito participação social, há um certo desenvolvimento, mas as conquistas participativas do final da década de 80 são resultado não de mudanças locais, mas influenciadas pelo âmbito federal, ou seja, decorrentes da redemocratização e do movimento nacional de estímulo ao aparelhamento de instâncias agregadoras da Sociedade Civil. Segundo Siqueira, em Ponta Grossa, as associações de moradores tornaram-se

[...] os principais espaços criados e fomentados pela gestão municipal. No entanto, a autora ressalta que, mesmo com a criação desse canal de participação, os setores populares obtiveram pouca representatividade e expressão frente ao poder municipal, na medida em que as reivindicações desses setores ainda eram pouco visionadas na elaboração das leis e projetos criados no período. (SIQUEIRA, 2006 *apud* SCHIMANSKI, 2007, p.118)

A situação relatada se deu pelo fato de as associações de moradores serem, na realidade, espaços formados pela participação comunitária, de complementação do Estado, e não por uma participação social, de controle estatal. Retoma-se aqui a classificação dos modos participativos de Carvalho, A. (1995), explanada no capítulo 1.3, segundo a qual a participação comunitária não é efetivamente inserida na estrutura estatal, faltando-lhe a institucionalização, elemento, por outro lado, presente nos instrumentos de participação social. Assim, ainda que a participação em Ponta Grossa tenha prosperado, o fez por imposição vertical e meios formais.

No caso da política de saúde, a modalidade social da participação seria exercida a partir do início da década de 90, com a promulgação das leis 8.080 e 8.142, que exigiram, para o repasse municipal dos recursos de tal setor, a criação dos Conselhos Municipais de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa (COMSAÚDE⁷³) foi criado pela

73 A sigla COMSAÚDE, do Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa, foi definida pela Lei Municipal que o criou e, por isso, é a que utilizaremos. Salientamos que, apesar da similaridade, esta sigla não se confunde com a CONSAÚDE,

Lei Municipal 4.658 (PONTA GROSSA, 1991), que o conceituou, em seu artigo 2º, como um “órgão colegiado de caráter permanente, com funções de assessoramento, fiscalizadoras e consultivas nas questões referentes às ações e serviços municipais de saúde”. Porém, um ano depois, outra Lei Municipal, a 4.728 (PONTA GROSSA, 1992) é sancionada com o único propósito de adicionar àquele dispositivo a expressão “funções deliberativas” àquela norma, contemplando o órgão em questão de uma natureza ambígua.

Pelo exposto no capítulo 2.3, estas duas naturezas não poderiam coexistir, já que exigem da Administração posições totalmente diversas, validando qualquer posição do gestor municipal. Afinal, ao incorporar ao governo certa resolução do COMSAÚDE, o gestor pode afirmar que o faz em respeito ao direito de participação social; de outro modo, se desconsiderar resolução diversa, confirma sua atitude pela natureza consultiva do órgão.

Mesmo tendo sido criado em 1991, nas administrações seguintes, 1993/1996 e 1997/2000, o Conselho Municipal de Saúde não cumpria a sua função no que diz respeito à tomada de decisões para o setor de saúde, o que significa que a participação popular, nessas decisões, era praticamente ignorada. (BALESTRIN, 2006, p.147)

Não tendo sido criado diante da pressão popular, mas por fatores político-orçamentários, não havia interesse em empoderar o Conselho de Saúde. Ademais, mesmo a Sociedade Civil não impunha muita resistência diante de tal situação. Ambos os fatos – a negativa da Sociedade Política em fortalecer a participação social, e a resignação da Sociedade Civil – se relacionam com outra forma de exercício da democracia, qual seja: a representativa. Isso porque a eleição de candidatos conservadores – que, em geral, obstam o fortalecimento político da sociedade civil – para a prefeitura de Ponta Grossa é uma constante no município, sendo esta a lista de prefeitos, com seus respectivos partidos e períodos, até o ano 2000: Pedro Wosgrau Filho (PSDB, 1989-1992); Paulo Cunha (PDC, 1993-1996); Jocelito Canto (PSDB, 1997-2000).

Goiris (2013) observa que Wosgrau foi o candidato apoiado pelo prefeito antecessor, Otto Santos Cunha (1983-1988), resquício dos tempos ditatoriais, assim como Paulo Cunha foi igualmente indicado por Wosgrau. Apesar de o autor não apontar qual candidato Paulo Cunha patrocinou, o fato é que a o continuísmo político conservador do município seria reafirmado na próxima eleição, do “candidato popular (alguns interpretam como ‘po-

referente a um plano de saúde suplementar, presente na região paranaense dos Campos Gerais.

pulista’) Jocelito Canto” (GOIRIS, 2013, p.239), filiado ao PSDB. Assim, de 1983 a 2000, a política pontagrossense foi marcada por uma ideologia tradicionalista, num reflexo da própria política nacional, que, como visto, também foi marcada por presidentes conservadores.

Em relação à participação social na política de saúde, vale ressaltar que, até o mesmo ano de 2000, o COMSAÚDE sempre teve sua cadeira de presidente ocupada pelo correspondente Secretário Municipal da Saúde. Reafirmavam-se, de maneira vertical e impositiva, os interesses da Sociedade Política num espaço que, ao menos, deveria prezar pelo debate democrático de ideias e sugestões. Não nos parece coincidência que somente com a eleição de um candidato menos conservador, Péricles de Holleben Mello (PT, 2001-2004), a participação social tenha começado a ser incentivada.

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. (LUIZ, I.C., 2007, p.123)

Na referida administração, a participação “começou a tomar forma no município. Além da atuação do Conselho Municipal de Saúde, presidido naquela gestão por membros da comunidade e não mais pelo Secretário de Saúde, foram criados também os Conselhos Locais de Saúde [...]” (BALESTRIN, 2006, p.148). Esta mudança relativa à presidência, passando seu ofício do Secretário da Saúde para um membro eleito, reflete o tardio acatamento da Resolução 333 (BRASIL, 2003), cujo texto determina que o Presidente seja “eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária”. Isso garantiu à atuação do COMSAÚDE um caráter mais social e participativo, além de não formalmente ligado a interesses políticos e partidários.

Na gestão seguinte, porém, Pedro Wosgrau Filho retorna ao Executivo pontagrossense (2005 – 2008), vencendo o candidato Péricles, que contava com o apoio do Governo Federal (PT), numa amostra da ideologia neoliberal na região.

[...] Wosgrau agiu como qualquer empresa privada: cumpriu as leis do mercado e procurou gerar lucros. Ocorre que, por exemplo, a saúde, a assistência social (como a construção do restaurante popular) e a cultura, não geram lucro e não se encaixam neste conceito puramente econômico. Por isso, estas foram ações (de cunho popular) praticamente descartadas por Wosgrau. A razão era simples; não proporcionavam ganhos e nem superávit. (GOIRIS, 2013, p.248)

Numa perpetuação da lógica econômica, a Administração procurava não investir em ações que não proporcionariam ganhos econômicos, ao mesmo tempo em que promovia a diminuição do Estado, valendo-se da prática da terceirização, conforme excerto de uma ata de reunião ordinária do COMSAÚDE, em 2009.

O conselheiro [...] fala que foi aprovado pela Câmara a contratação de médicos provisórios pela SMS, que é mais uma forma de contratação irregular, para substituir médicos que estão de férias, licença etc. É mais uma fórmula de substituição de funcionário, e não se sabe o que vai gerar isso, que médico que vai entrar, que compromisso ele tem de atender. Se não há médicos disponíveis na cidade quem serão esses contratados? Fala que novamente lembra a estratégia do prefeito municipal de esquecer o COMSAÚDE e passar o gerenciamento do SUS pela Câmara de Vereadores, onde ele tem uma maioria absoluta. (COMSAÚDE, 8ª reunião ordinária de 2009)

Neste ano, o prefeito Pedro Wosgrau Filho já estava em sua terceira e última gestão municipal (2009-2012), seguindo os rumos da gestão anterior. Em resumo, a política municipal de saúde das gestões de Wosgrau caracterizou-se por retomar a formação iatrocêntrica e biomédica, numa centralização da prestação de saúde.

Um dos grandes questionamentos do governo Wosgrau Filho refere-se à questão da saúde, que de promessa de campanha se transformou em verdadeiro pesadelo para as pessoas que procuravam os serviços públicos de saúde do município. Falta de atendimento médico, leitos – especialmente de UTI – em completa defasagem com os usuários, número de profissionais exíguo, falta de medicamentos básicos, etc., foram o calidoscópio que durante todo o seu governo ocuparam inclusive as páginas dos jornais locais. (GOIRIS, 2013, p.250)

Gadini, aliás, em jornal de grande circulação regional, fez as seguintes considerações, com uma indireta ao prefeito de então:

[...] qual o setor de política pública mais complicado e que mais gera problema em PG [Ponta Grossa]? Não parece haver dúvida de que é, de fato, a saúde o setor mais frágil, complexo e, pior, que até hoje tem político se elegendo (ou reelegendo) na promessa de melhorar a área (grifo nosso) (GADINI, 2011, s/p).

Como exemplo da política de saúde promovida pelo prefeito mais vezes eleito em Ponta Grossa, segue trecho da 3ª reunião ordinária do COMSAÚDE em 2011:

O Conselheiro [...] fala que o que a gente entende na decisão de cada administração é uma questão ideológica de partido político e o partido PSDB é favorável a terceirização e com isso a aniquilação do poder público na Saúde. Isso foi claro no governo do Fernando Henrique e em prefeituras como de São Paulo que está arrasada por causa disso. Ainda hoje encheu a Câmara de Vereadores de Londrina onde tem a mesma discussão por causa da terceirização que acabou com o sistema público da cidade. [...] e isso cai naquilo que eu tenho falado, falta um Plano de Cargos, Carreiras e Salários voltados para incentivar que o funcionário Municipal

de Saúde fique na prefeitura trabalhando. [...] É essa avaliação que a gente tem que fazer: nós queremos o modelo privatizante que o prefeito quer ou não? Ele tem que colocar pra nós entendermos. Porque na Educação não tem essa discussão? E não tem essa se sou contra ou a favor dele pois o quadro da saúde é bem claro para mim. A gente está discutindo essas coisas aí pois o repasse do dinheiro público, aquilo que a prefeitura arrecadou com IPTU e outras fontes pode até ser gerido sem o nosso aval porque prestar conta ele não presta, mas o dinheiro que vem do Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde que teoricamente nós estaríamos tendo que gerir, esse nós temos que avaliar e se quer fazer contrato que faça, mas para nós assinarmos embaixo, só se for na atenção básica. Porque não vem aqui e apresenta o modelo de Saúde em Ponta Grossa? (COMSAÚDE, 3ª reunião ordinária de 2011)

No período de 2009 a 2012, a situação negativa da política de saúde pontagrossense fomentou o posicionamento de atores ligados a esta realidade, surgindo perspectivas e problemáticas diferenciadas, como as apontadas acima. Ademais, a política de saúde pública do município foi, em 2011, alvo de investigação, por uma Comissão Especial da Saúde (CEI):

A intenção da CEI é investigar o Hospital Municipal Dr. Amadeu Puppi, o Hospital da Criança João Vargas de Oliveira, os processos licitatórios para a compra de medicamentos, a terceirização de serviços, contratação de pessoal, UTI's e Programa Saúde da Família, e o CAS Central. [...]

Outro assunto que será tratado pela Comissão é intervenção do Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR) no Hospital Municipal. “O Pronto Socorro ficou 60 dias sem diretor clínico. Chove dentro da UTI.

Um eletrocardiograma feito no Pronto Socorro demora de doze a dezoito horas pra chegar o laudo, porque ele vem da Bahia pra cá”, afirmou Küller a respeito das indicações de irregularidades indicadas por Antônio Mansur, diretor-clínico do Pronto Socorro Municipal.

Segundo o Artigo 7º da Constituição Federal, no caso dos municípios, os recursos mínimos que devem ser aplicados na saúde são de 15% do total do orçamento da cidade no período de um ano. Em Ponta Grossa, 21% do orçamento municipal são investidos na saúde, conforme afirmou o vereador Pascoal Adura. Segundo o parlamentar, o problema não é dinheiro, mas sim a gestão dos recursos. [...]

Segundo o presidente do Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa [...], a entidade não sabe onde está sendo investido os 21% da saúde. O presidente conta que já foi solicitado à Secretaria de Saúde a prestação de contas sobre orçamentos e gastos da saúde no Município. “Nós devemos fiscalizar o que está acontecendo, e agora queremos realmente saber o que está havendo com o dinheiro da saúde”, exclama [...].

“O Ministério Público tem sido um dos maiores parceiros do Conselho Municipal de Saúde, onde todas as nossas denúncias em relação à saúde vêm sendo averiguadas por ele”. (SLAVIERO, 2011)

A terceira eleição de Wosgrau para o Executivo de Ponta Grossa comprovou a relação “satisfatória entre, por um lado, a noção ideológica de conservadorismo e patrimo-

nialismo (que incluem ricos e também pobres) e, por outro, a manutenção de pelo menos 12 anos de poder político.” (GOIRIS, 2013, p.247). Na última gestão de Wosgrau (2009 – 2012) foram realizadas duas CMSPG, a 8ª e a 9ª, nos anos 2009 e 2011, cada qual com propósitos e realidades diferentes, ainda que ligadas por uma mesma gestão administrativa. Como há de se verificar no capítulo seguinte, cada uma também se diferencia em face de sua composição.

Combinadas, estas e outras determinantes fundamentaram distintas atuações dos segmentos organizados que as compuseram, resultando em diferentes graus de materialização de suas ações estratégicas, como há de ser verificado em seguida.

3.2. A MATERIALIZAÇÃO POLÍTICA DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE PONTA GROSSA

Depois de construído o “concreto abstrato” da pesquisa, por meio da fundamentação das principais categorias teóricas, bem como pelo enfoque no município de Ponta Grossa, passamos ao desenvolvimento do “concreto pensado”. Segundo Triviños (2011, p.161-162), esta é a terceira etapa da análise de conteúdo, também composto pela organização do material (pré-análise), bem como pela codificação, classificação e categorização (descrição analítica) deste.

Denominada interpretação referencial, nesta etapa retomamos empiricamente as categorias já examinadas, por meio da exposição dos dados coletados sobre a materialização das CMSPG e das entrevistas realizadas com sujeitos significativos do fenômeno estudado, sem olvidar outros estudos que dialogam com o nosso.

Na interação dos materiais (documentos oficiais ou não e ainda das repostas de outros instrumentos de pesquisa) [...], não é possível que o pesquisador detenha sua atenção exclusivamente no conteúdo manifesto dos documentos. Ele deve aprofundar sua análise tentando desvendar o conteúdo latente que eles possuem. O primeiro pode orientar para conclusões apoiadas em dados quantitativos, numa visão estática e a nível, no melhor dos casos, de simples denúncias de realidades negativas para o indivíduo e a sociedade; o segundo abre perspectivas, sem excluir a informação estatística, muitas vezes, para descobrir ideologias, tendências etc. das características dos fenômenos sociais que se analisam e, ao contrário da análise apenas do conteúdo manifesto, é dinâmico, estrutural e histórico. (TRIVIÑOS, 2011, p.162)

Conforme indicado na introdução, a seleção dos entrevistados se deu a partir da pesquisa documental dos relatórios finais das CMSPG, bem como dos planos governamentais, identificando os sujeitos representativos do processo desenvolvido, quais sejam: os presidentes do COMSAÚDE em 2009 e 2011 (COMS09 e COMS11); um delegado do segmento governamental na conferência de 2009 (DGOV09) e a superintendente da Secretaria Municipal de Saúde em 2011 (GOV11).

Advertimos que a inclusão ou não das ações das CMSPG nos planos de governo (derradeira fase do processo de materialização das conferências) depende, em última instância, dos gestores e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), num espaço um pouco distante dos conselheiros e do próprio conselho. Por isso, optou-se por contrabalancear a presença dos dois conselheiros do COMSAÚDE com dois superintendentes, gestores da saúde municipal. Tendo dois entrevistados representantes da gestão pública e outros dois representantes dos usuários, acreditamos, de acordo com os depoimentos destes sujeitos, ter abarcado de maneira qualitativa as percepções sobre o processo de materialização das ações estratégicas das CMSPG.

Somente em face das recusas do superintendente e do secretário municipal da saúde de 2009, escolhemos um delegado do segmento do governo deste ano para ser entrevistado. Tal sujeito foi coordenador do Programa Saúde da Família (PSF) de Ponta Grossa, o que indica presença na política municipal de saúde, e foi delegado na CMSPG de 2009. Já a superintendente de 2011 também teve destaque na correspondente gestão, assinando o plano municipal de saúde daquele ano. Passemos, então, à caracterização dos entrevistados:

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos entrevistados⁷⁴.

Características	Sujeitos			
	COMS09	DGOV09	COMS11	GOV11
Representante, nas CMSPG, de qual segmento	Usuários (ABSJ ⁷⁴)	Governo municipal	Usuários (FAMO-PAR ⁷⁵)	Governo municipal
Idade	39 anos	31 anos	53 anos	38 anos
Formação	Farmácia e Bioquímica	Medicina, com especialização em Saúde Coletiva	Técnico em Eletromecânica	Direito
Profissão	Trabalhador do SUS e professor	Médico (atualmente do Projeto Saúde na Rua)	Aposentado	Advogada
Por quanto tempo fez parte do COMSAÚDE ou da SMS, e qual a função exercida?	Conselheiro em 2003-2009 e 2011; presidente do COMSAÚDE em 2009 e vice em 2011	Coordenador do PSF em Ponta Grossa, em 2009, tendo ligação direta com a SMS	Voluntário no COMSAÚDE desde 2005, conselheiro em 2009 e 2012, presidente em 2010, 2011 e 2013	Superintendente da SMS de outubro de 2011 a fevereiro de 2013
Tem capacitação específica?	Sim, 2 cursos de capacitação em controle social	Não	Sim, 5 cursos de capacitação (3 municipais e 2 estaduais) em controle social	Sim, tecnóloga em Gestão Pública; e participante da 1ª Conf. Munic. sobre Transparência e Controle Social
De quantas CMSPG participou?	5 CMSPG (além de 3 CESPR e 2 CNS)	3 CMSPG (além de 1 CNS)	4 CMSPG (além de 8 CESPR e 3 CNS)	1 CMSPG

Fonte: dados tabelados pelo autor, a partir das entrevistas realizadas.

Ao longo das entrevistas, os sujeitos apontaram determinantes características de momentos diversos do processo de materialização política das ações estratégicas propostas nas CMSPG. A participação social inserida na política municipal de saúde encontra-se dispersa nas relações de poder desenvolvidas tanto nas CMSPG e na SMS de modo que, ao compreender o processo de materialização das ações daquelas instâncias, também podemos verificar como as suas relações se expressam no arcabouço institucional ora examinado.

Diante do exposto, realizamos a compartimentalização do processo de materialização política das ações estratégicas das CMSPG em três períodos distintos: o anterior, o simultâneo e o posterior à realização das conferências, retratados na figura a seguir. Vale dizer que a Figura 1 não esgota todas as variáveis e determinantes do processo de materialização política da participação social, mas apenas retrata os marcos por nós abordados, que entendemos ser os principais deste fenômeno.

⁷⁴ Legendas: COMS09-Presidente do Conselho em 2009; DGOV09-Delegado do Segmento do Governo na Conferência de 2009; COMS11-Presidente do Conselho em 2011; GOV11-Superintendente da SMS em 2011.

Figura 1 – Processo de materialização das ações estratégicas das CMSPG



Fonte: formulado pelo autor, a partir da pesquisa documental e das entrevistas realizadas com os sujeitos de pesquisa.

Assim, dividida em três momentos, a figura indica o caminho percorrido pela participação social, consubstanciado na influência que seus sujeitos possuem sobre as ações propostas nas CMSPG.

Essa influência tem, evidentemente, restrições e limites em sua capacidade de intervenção e de mudança das práticas sanitárias. E esses limites necessitam ser mais bem conhecidos para que as estratégias de gestão local possam ser potencializadas. (SILVA, S. F., 2001, p.91)

Por esta razão, e para facilitar a análise deste processo, dividimos a exposição dos dados coletados (nas entrevistas, na pesquisa documental e na revisão de literatura), contemplando os três mencionados períodos (anterior, simultâneo e posterior à realização das CMSPG) nas seguintes categorias analíticas: as conferências municipais na política de Ponta Grossa; a composição das conferências municipais; as ações estratégicas presentes no relatório final das conferências; e a materialização política das conferências de saúde nos planos municipais de governo.

3.2.1. O papel das conferências municipais de saúde na política de Ponta Grossa (período anterior)

A inclusão da dinâmica participativa é uma realidade no atual cenário político brasileiro, seja qual for a instância governamental analisada, em especial no setor da saúde, um dos pioneiros na discussão desta temática. E, atualmente, este debate não se restringe à

Sociedade Civil, já se encontrando incorporada a participação social na esfera da Sociedade Política, incrustada não apenas na Constituição Federal, mas também nas leis federais infraconstitucionais (complementares e ordinárias), e mesmo as estaduais e municipais.

Como demonstrado no capítulo 2.3, há Conselhos de Saúde em âmbito federal, nos 27 estados da federação, bem como, no ano de 2012, em 99,78% dos municípios (IBGE, 2012, p.209), os quais realizaram um total de 4.374 Conferências (BRASIL, 2012b, p.9). Diante do emaranhado de relações gerado nestas instâncias, é inegável a significância tanto coletivo-social como institucional dos Conselhos e Conferências de Saúde. Todavia, não obstante tais instrumentos complementarem-se mutuamente e serem característicos de um mesmo setor político, constata-se uma certa primazia teórica dos Conselhos sobre as Conferências.

[...] é fato que os Conselhos de Saúde ganharam densidade política e institucional nos últimos 22 anos e estão retratados na vasta bibliografia que se produziu sobre eles nesse período. As Conferências, por sua vez, talvez por não terem a obrigatoriedade das reuniões mensais, não serem deliberativas e não estarem no organograma do executivo, praticamente não são citadas na literatura, que trata de avaliar e analisar a implementação da diretriz constitucional de participação da comunidade. (KRÜGER et. al., 2012, p.121)

A referida presença do Conselho na estrutura da Administração é ratificada pelo presidente do COMSAÚDE do ano de 2011, ao relatar a realização de um curso “[...] com a promotora Fernanda, em Curitiba, e ela colocou com a nova lei, a 141, de 13 de janeiro de 2012, que, nós conselheiros, somos como gestores.” (COMS11). De fato, a posição de co-gestores, alcançada pelos membros do COMSAÚDE, não é a mesma dos delegados das CMSPG. Os conselheiros do COMSAÚDE são co-gestores da máquina pública e podem, inclusive, segundo entendimento já explicitado (DI PIETRO, 2000, p.45), adentrar com ação no Poder Judiciário, em nome do Conselho, contra os gestores que não cumprirem e/ou não materializarem suas resoluções. Mas esta prerrogativa não é estendida aos membros que compõem as CMSPG, mesmo se forem conselheiros do COMSAÚDE na função de delegados nas CMSPG, já que a natureza desta instância é tão somente consultiva, segundo a Lei Municipal 4.728/1992 (PONTA GROSSA, 1992).

Mesmo em face de tal situação, a importância das conferências na política de saúde do município de Ponta Grossa é – ou, ao menos, deveria ser – fundamental, como se

verifica nos primeiros artigos dos regulamentos das CMSPG de 2009 e 2011, abaixo reproduzidos, os quais trazem as funções avaliativa, propositiva e duplamente eleitoral destas instâncias.

Art. 1º - A 8ª Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa, será realizada de acordo com a Lei Federal nº 8142 de 28 de dezembro de 1990 e com as Resoluções CMS-PG⁷⁵ números 002 e 003/2009. A Conferência será o foro dos debates sobre saúde, aberta a todos os segmentos da sociedade e terá por finalidade:

- I. Avaliar a situação atual da saúde no município;
- II. Formular a Política Municipal de Saúde no âmbito do município de Ponta Grossa;
- III. Eleger as entidades que irão compor o Conselho Municipal de Saúde; 2010/2011.
- IV. Fornecer subsídios para participação da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, bem como eleger os delegados do segmento de usuários para a 9ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. (PONTA GROSSA, 2009a)

Art. 1 – A 9ª Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa, será realizado de acordo com a Lei Federal nº 8142 de 28 de dezembro de 1990 e com a Resolução do Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa (CMS-PG) número 012 de 24/05/2011. A Conferência será o foro dos debates sobre saúde, aberta a todos os segmentos da sociedade e terá por finalidade:

- I. Avaliar a situação atual da saúde no município;
- II. Formular a Política Municipal de Saúde no âmbito do município de Ponta Grossa;
- III. Eleger as entidades que irão compor o Conselho Municipal de Saúde 2012/2015.
- IV. Eleger os delegados do segmento de usuários para a 10ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná. (PONTA GROSSA, 2011a)

De acordo com os dispositivos acima, a importância das CMSPG é inegável, ainda que menos visadas pela doutrina especializada. Assim, iremos analisar cada um dos quatro incisos presentes nestes artigos, comprovando a presença das CMSPG na política de saúde.

As CMSPG servem de campo para a presente pesquisa, segundo sua função propositiva na política de saúde; mas esta não é a única incumbência destes colegiados, como se pode verificar pela simples leitura dos dispositivos acima colacionados. Até mesmo porque, para se propor mudanças no setor da saúde, é preciso, primeiramente, verificar sua situação junto ao município. Inclusive, segundo o presidente do COMSAÚDE de 2011, a obrigação avaliativa, presente no inciso I dos artigos acima, estaria sendo desconsiderada em relação à propositiva:

⁷⁵ Ressaltamos que as resoluções do Conselho se referem ao próprio Conselho pela sigla CMSPG, por nós utilizada para a designação das Conferências Municipais de Saúde de Ponta Grossa. Quando nos reportamos ao Conselho, lembramos que seguimos a Lei Municipal que o instituiu, a qual utiliza a sigla COMSAÚDE.

Porque [para] a conferência, o objetivo principal é fazer avaliação do que foi implementado na conferência anterior. Ela não é praticamente só proposta. Se você ver a essência de como tem que ser uma conferência, é para fazer avaliação. E nós só damos proposta. (COMS11)

Segundo verificação dos planos municipais da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, e relatórios finais das CMSPG, é visível que as Conferências não realizam uma avaliação aprofundada da saúde municipal. Por outro lado, tal obrigação foi, em 2009, desempenhada pela SMS e até publicada no plano plurianual 2010-2013 de governo (presente nos apêndices). Mas não há dúvida que a função avaliativa deveria ser desempenhada também pelas CMSPG, como disposto na Lei, o que, por fim, respaldaria a proposição de suas ações estratégicas.

Não havia um entendimento de quais propostas seriam fundamentais para efetivamente melhorar a saúde pública da cidade, porque para isso, seria necessário todo um processo de reflexão, análise da situação atual e dos desafios e então, a formulação de propostas. Coisa que tradicionalmente não acontecia no município. [...]

Não há como definir quais as prioridades, os desafios e as potencialidades da saúde pública de uma região sem uma análise que minimamente demonstre o estado de saúde dessa região. Permitindo definir áreas prioritárias, de maior vulnerabilidade, de desafios mais pesados. (DGOV09)

Não obstante, mesmo que fundamental, a incumbência avaliativa da CMSPG não deve suplantiar as demais, já que, ao contrário do afirmado no depoimento acima, ela não é o “objetivo principal” ou a “essência” da CMSPG, mas apenas uma das obrigações legais previstas, a qual fundamenta a seguinte, disposta no inciso II.

O segundo inciso é bastante claro ao determinar que é responsabilidade das CMSPG formular a política municipal de saúde. Tal formulação se concretiza nas ações estratégicas dispostas no relatório final da conferência, que, por sua vez, servirá de base para o plano municipal de saúde, a ser publicado pela SMS. Nem todas as ações dos relatórios finais da CMSPG são incluídas nos planos municipais da SMS, como se verá adiante, o que confere à formulação da política municipal de saúde uma concorrência de atuação. Em outras palavras, tanto as ações estratégicas propostas pela CMSPG como as da SMS servem de base para a formulação da política municipal de saúde, sendo necessário ressaltar que, para compor o plano governamental, as ações daquele colegiado devem passar pelo crivo da SMS.

Neste sentido, os processos de materialização das ações estratégicas propostas na 8ª e na 9ª CMSPG se assemelham, mas não totalmente, ainda que tenham sido realizadas sob a mesma gestão municipal – a terceira e última do prefeito Pedro Wosgrau Filho.

Um dos fatores para esta diferenciação entre os processos de materialização das CMSPG é o fato delas terem ocorrido, no período entre 1995 e 2011, a cada dois anos, seguindo as diretrizes do Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CESPR). Na realidade, esta realização bienal contraria o artigo 1º, §1º da Lei 8.142/90 cujo texto preconiza a realização das conferências de saúde, de todos os entes federados, “a cada quatro anos” (BRASIL, 1990b).

A Lei Estadual nº 10.913, de 04 de outubro de 1994 – que instituiu o Conselho de Saúde do Paraná e as respectivas Conferências – e a Resolução 010/13 deste Conselho – que regulamenta as atuações destes órgãos –, são, por outro lado, silentes no que diz respeito ao prazo de realização das CESPR. Com esta brecha, a legislação estadual possibilitou que as Conferências de Saúde do Paraná se realizassem a cada dois anos, obrigando os municípios paranaenses a seguirem tal calendário, mesmo em contrariedade às determinações legais nacional e, no caso de Ponta Grossa, municipal.

A Lei 4.658/91, que instituiu o COMSAÚDE e as CMSPG, determinou em seu artigo 8º que, em 1992, seria realizada a 1ª Conferência “e assim sucessivamente de 04 (quatro) em 04 (quatro) anos” (PONTA GROSSA, 1991). A 1ª CMSPG ocorreu apenas em 1995, mas, a partir de então, a cada 2 anos, outra conferência municipal seria realizada, até o ano de 2011, seguindo o calendário estadual.

Ao mesmo tempo que tal determinação igualava temporalmente as CMSPG e as CESPR, relacionava seus relatórios finais ora aos planos plurianuais de governo, ora aos anuais. No caso do município de Ponta Grossa, a situação se configurou do seguinte modo, explicitado no quadro abaixo:

Quadro 2 – Correspondência entre os relatórios finais das CMSPG e os respectivos planos de saúde da Administração municipal.

Relatórios finais das Conferências Municipais de Saúde de Ponta Grossa	Planos Municipais de Saúde de Ponta Grossa
Relatório final da 1ª CMSPG (1995)	Plano de governo anual da saúde (1996)
Relatório final da 2ª CMSPG (1997)	Plano de governo plurianual da saúde (1998 - 2001)
Relatório final da 3ª CMSPG (1999)	Plano de governo anual da saúde (2000)
Relatório final da 4ª CMSPG (2001)	Plano de governo plurianual da saúde (2002 - 2005)
Relatório final da 5ª CMSPG (2003)	Plano de governo anual da saúde (2004)
Relatório final da 6ª CMSPG (2005)	Plano de governo plurianual da saúde (2006 - 2009)
Relatório final da 7ª CMSPG (2007)	Plano de governo anual da saúde (2008)
Relatório final da 8ª CMSPG (2009)	Plano de governo plurianual da saúde (2010 - 2013)
Relatório final da 9ª CMSPG (2011)	Plano de governo anual da saúde (2012)

Fonte: organizado pelo autor, a partir dos Relatórios finais das CMSPG (PONTA GROSSA, 2009b; PONTA GROSSA, 2011b) e dados obtidos junto ao Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa.

Em relação às CMSPG analisadas, a 8ª ocorreu em 2009, servindo de base para a formulação do plano plurianual municipal da saúde (2010-2013). Já o plano anual municipal da saúde (2012) foi gerado, dentre outras fontes, pelo relatório da 9ª CMSPG, realizada em 2011. Diante disso, os relatórios destas conferências se conectam a diferentes percepções da política municipal, ainda que próximas.

A descentralização político-administrativa é realizada, como já visto, pelo repasse de responsabilidades para o município, trazendo, em alguns casos, instâncias participativas, como o COMSAÚDE e as CMSPG, na concretização de tais responsabilidades. Ocorre que diante de tal desencontro cronológico entre as esferas participativa e administrativa, a descentralização torna-se falha.

Mesmo a função avaliativa e, principalmente, a propositiva das CMSPG são mudadas a cada biênio, já que, em teoria, as CMSPG de número par propuseram ações de longa duração, e as de número ímpar, ações menos prolongadas. De modos diversos, em ambos os casos, a CMSPG auxilia na formulação da “[...] política da área de saúde durante determinado período, com questões que são norteadoras para o gestor. E ele tem que implantar estas coisas durante o período de gestão dele. Mas quem vai fiscalizar isso é o Conselho de Saúde” (COMS09). Segundo Krüger (et. al., 2012, p.121), “[...] os Conselhos têm o papel formal de zelar e trabalhar para que as proposições das Conferências sejam implementadas”.

O cumprimento das Conferências é o ponto de partida para a efetivação de políti-

cas públicas de saúde nascidas do seio dos segmentos organizados da Sociedade Civil, tendo no seu relatório final instrumento que norteará a posterior atuação dos Conselhos. É, enfim, uma convivência simbiótica do COMSAÚDE com as CMSPG, pois sem estas, grande parte das atribuições daquele órgão não teria razão de ser e, inclusive, a própria escolha dos membros do Conselho seria dificultada, em razão do inciso seguinte a ser examinado.

O terceiro inciso, do artigo 1º, do regulamento das CMSPG, determina que é responsabilidade destes colegiados eleger os conselheiros da próxima gestão do COMSAÚDE. Tal dispositivo legal demonstra, ainda mais, a ligação próxima destes instrumentos de participação social, que se unem para democratizar a política de saúde municipal e, por fim, o próprio SUS. Por serem escolhidos entre os delegados da conferência, é certo que os futuros conselheiros detêm alguma cultura política e conhecimento da participação social, de modo a melhor empoderar o COMSAÚDE.

E esta função eleitoral das CMSPG é igualmente verificada no disposto pelo inciso IV de seus regulamentos. Assim, além da eleição da próxima gestão do COMSAÚDE, a CMSPG também realiza a dos delegados pontagrossenses que irão compor a Conferência Estadual de Saúde do Paraná.

Observemos que os incisos IV dos referidos artigos demonstram a descentralização política do SUS, no sentido de que as demandas e interesses localizados, representados pelos delegados das CMSPG, percorrem o caminho inverso, ascendendo aos níveis hierárquicos superiores. Assim, alguns dos delegados de Ponta Grossa participam das conferências paranaenses de saúde e, uma vez lá, podem ser eleitos para compor as conferências nacionais. É, enfim, a verificação de como o Pacto Federativo é concretizado na política de saúde, pois ele não se dá apenas pelo repasse vertical de responsabilidades, do governo central para os mais periféricos, mas também das exigências destes últimos àqueles mais superiores. E as conferências municipais, no caso as CMSPG, fornecem um dos meios adequados para que estas exigências sejam propostas.

Tal ligação entre a instância participativa municipal e a estadual amplia a influência do Poder Local, possibilitando que seus interesses sejam materializados a nível estadual e, eventualmente, no âmbito nacional. Porém, como já analisado, as CMSPG e as CESPR

foram simultaneamente realizadas a cada dois anos, diferentemente das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que seguiam o preconizado pela legislação (exceto entre 1986 e 1992, e 2000 e 2003).

Em se tratando das CESPR, o intervalo de quatro anos só foi respeitado entre a 1ª e a 2ª, ocorridas, respectivamente, nos anos de 1991 e 1995, sendo que após esta, este colegiado se reuniu bienalmente, conforme demonstrado adiante.

Tabela 2 – Calendário das Conferências de Saúde nos três âmbitos federativos.

Conferências	Anos (1991-2001)										
	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
Nacionais (CNS)											
Estaduais (CESPR)											
Municipais (CMSPG)											
Conferências	Anos (2002-2012)										
	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Nacionais (CNS)											
Estaduais (CESPR)											
Municipais (CMSPG)											

Fonte: organizado pelo autor, a partir de informações colhidas nos Relatórios finais das CMSPG (PONTA GROSSA, 2009b; PONTA GROSSA, 2011b) e junto ao CESPR.

Apesar de as Conferências Nacionais terem suprimido um ano entre 2000 e 2003, na realização da 12ª CNS, o movimento ascendente de interesses e delegados continuou a ser realizado entre as esferas, pois as conferências nacionais continuaram a ocorrer depois das estaduais, as quais também só eram realizadas após as municipais, ainda que nos mesmos anos.

Mas a ascendência completa só foi possível a cada dois anos, em face da não correspondência entre as conferências realizadas em âmbito nacional e as demais. Em 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011, as CESPR e as CMSPG oportunizaram a expressão das demandas locais tanto nos âmbitos municipal e estadual, como no nacional. Já nos anos 1997, 2001, 2005 e 2009, tal possibilidade foi obstruída, pois o calendário das CNS seguia o preconizado pela legislação (exceto entre 2000 e 2003).

Em resumo, no tocante às CMSPG, a sua realização bienal gerava duas problemáticas: a correspondência com diferentes planos governamentais de saúde; e a falta de articulação, a cada dois anos, das demandas locais com a instância nacional da política

deste setor. Mesmo em face de tais dificuldades, as CMSPG geraram um espaço de vocalização dos interesses e demandas sociais no tocante à política municipal de saúde, além de possibilitarem aos sujeitos que as constituem um aprendizado político e participativo, entre outros pontos.

[...] os Conselhos e as Conferências representam uma caixa de reverberação ou babel político-ideológica, onde diferentes vozes políticas podem deixar suas marcas nas proposições. Mas as Conferências são espaços mais amplos de participação do que os Conselhos, por serem mais informais e envolverem plenárias ascendentes nas diferentes esferas da federação. (KRÜGER, 2009, p.10)

Diante de tudo isso, a importância das CMSPG na política municipal de saúde é inegável. O presidente do COMSAÚDE em 2009, representante do segmento dos usuários, por exemplo, enfocou a importância das Conferências a partir das necessidades da Sociedade Civil. Segundo ele, as Conferências tendem a valorizar

[...] os temas que a gente julga que é importante a discussão naquele momento político. E aí a gente consegue trabalhar com o gestor em uma linha, com os usuários, com os representantes, os conferencistas que vêm. Então a gente consegue trabalhar naquela linha e suscitar a discussão. Mas dentro disso aparecem vários outros temas que a gente elenca para serem trabalhados dentro do possível, para ser discutido com o gestor na medida do possível.

[...]

Então veja só, primeira coisa, as demandas surgem de acordo com o que a população ou os participantes naquele momento consideram como importantes, relevantes. (COMS09)

A superintendente de 2011, por outro lado, considerou a importância das Conferências segundo o fator operacional e logístico na política municipal de saúde:

[...] o gestor não pode estar em todas as unidades de saúde ao mesmo tempo. Então é importante que a comunidade participe, enquanto estrutura organizada, e participe ao gestor quais são as dificuldades de cada localidade, quais são as especificidades de cada localidade, para que se possa diagnosticar quais são as políticas públicas na área de saúde necessárias para cada setor, para cada localidade. Por exemplo, qual a localidade que está ou não está sendo amparada por um determinado serviço que naquela localidade esse serviço é essencial? (GOV11)

Tais depoimentos comprovam a necessidade da realização das CMSPG, tanto pela perspectiva governamental como pela social, as quais, por fim, representam duas faces de uma mesma realidade, ou seja, da política municipal de saúde.

Constituídas por representantes de ambas as Sociedades – Política e Civil – as CMSPG os reúnem sob um mesmo espaço público, aproximando-se da definição grams-

ciana de Estado Ampliado. A diferenciação entre estas esferas, porém, nem sempre é facilmente demarcada. Por exemplo, sobre ser simultaneamente trabalhador do SUS e representante dos usuários, o Presidente do COMSAÚDE de 2009 fornece a seguinte explicação:

Eu era representante na verdade dos usuários. Eu sou um trabalhador da área de saúde e isso foi uma questão que a gente trabalhou muito, justamente na discussão com o Conselho Estadual de Saúde, que apesar de eu ser um funcionário do serviço público, eu fazia nessa época (e até hoje a gente faz) um trabalho na igreja, na Paróquia São José. E aí nessa igreja a gente representava os usuários. Um grupo que a gente tinha lá da associação beneficente São José. (COMS09)

Tal qual no conceito de Gramsci, as CMSPG são compostas pelas referidas sociedades, e estas, por meio dos delegados de cada segmento, coexistem e adentram na superestrutura estatal, tentando materializar suas demandas através das relações de poder, formando uma rede de interconexões flexíveis e mutáveis. No caso dos municípios, estas relações – como as demais relações de poder – representam demandas, necessidades e interesses dos mais diversos, porém com a particularidade de se referirem à política local de saúde.

As tais “demandas, necessidades e interesses” expostos nas CMSPG são, enfim, um reflexo plural e heterogêneo de como os delegados ali presentes consideram a política de saúde em curso, e quais os rumos que a participação social ali desenvolvida entende que tal política deve tomar. Ocorre que a mera exposição dos desejos destes atores não é o bastante para materializá-los, dependendo, primeiramente, da composição do mesmo nas CMSPG, fator a ser analisado a seguir.

3.2.2. Composição das conferências municipais (períodos anterior e simultâneo)

No que se refere à composição, as CMSPG e o COMSAÚDE são constituídos por sujeitos representativos de segmentos de grupos sociais que têm relação com a política de saúde municipal. E tal qual o Conselho, as Conferências seguem o princípio da paridade, segundo o qual o número de usuários deve ser o mesmo da soma dos demais segmentos organizados. Diante disso, o regulamento da CMSPG de 2009 determinou que esta instância fosse composta, paritariamente, da seguinte maneira:

Art. 3º, § 1º - A 8ª Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa será formada por convidados, observadores e delegados. Os delegados serão em número de 200 distribuídos da seguinte forma:

I. Usuários: 100 representantes formalmente credenciados pertencentes a associações comunitárias ou de moradores, entidades de ensino e sindicais, conselhos locais de saúde, organizações estudantis, religiosas, organizações não governamentais ligadas a área da saúde que não recebem verba pública municipal, auxílio e subvenção social e outros legalmente constituídos, conforme resolução 333. Os representantes dos usuários não podem fazer parte do quadro de funcionários públicos municipal, estadual ou federal da área da saúde.

II. Trabalhadores em Saúde: 25% representantes formalmente credenciados pertencentes a entidades de classe, associações de profissionais da área da saúde, servidores de órgãos públicos de saúde e funcionários de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS;

III. Prestadores de serviços: 12,5% representantes formalmente credenciados pertencentes a entidades públicas federais e estaduais, privadas e filantrópicas que atuam no setor de saúde, prestando serviço atendendo à população, do SUS;

IV. Administração Pública: 12,5% representantes formalmente credenciados pertencentes ao poder executivo municipal e estadual. (PONTA GROSSA, 2009a)

O regulamento da CMSPG seguinte, realizada no ano de 2011, modificou a composição das conferências, de modo a ampliar sobremaneira o número de delegados, bem como as entidades representadas, numa clara readequação da instância à já referida Resolução 333 (BRASIL, 2003). Inevitavelmente mais democrática e objetiva que a anterior, a composição da CMSPG de 2011, seguindo o princípio da paridade, foi definida do seguinte modo:

Art. 3, § 1º - A 9ª Conferência Municipais de Saúde de Ponta Grossa será formada por 304 (trezentos e quatro) delegados/as, sendo (20%) observadores e convidados, sendo que os delegados estão distribuídos da seguinte forma:

I. Usuários (as): 152 (cento e cinquenta e dois) (as) delegados (as) (50%);

II. Trabalhadores/as de saúde: 76 (setenta e seis) (as) delegados (as) (25%);

III. Prestadores de serviços: 38 (trinta e oito) delegados (as) (12,5%);

IV. Administração Pública: 38 (trinta e oito) delegados/as (12,5%).

V. Observadores e Convidados (as): (20%).

[...]

Art. 13, §3º. [...]

I. Segmento/Sub-segmento da Administração Pública: Administração Pública da Esfera Federal; Administração Pública da Esfera Estadual; Administração Pública da Esfera Municipal.

II. Segmento/Sub-segmento de Prestadores de Serviços: Estabelecimento de Serviço Público de Saúde; Estabelecimento de Serviço de Saúde Filantrópico vinculado ao SUS; Estabelecimento de Serviço de Saúde Privado vinculado ao SUS; Estabelecimento de Ensino Superior da área de Saúde; Entidades/Instituições Conveniadas ao SUS.

III. Segmento/Sub-segmento de Usuários: Entidade(s) representante(s) dos movi-

mentos comunitários organizados na área de saúde; Entidade(s) representante(s) de associações de portadores de patologias; Entidade(s) representante(s) de associações de portadores de deficiências; Representante(s) de Entidade(s) de defesa do consumidor; Representante(s) de Entidade(s) de movimento sociais e populares organizados; Representante(s) de Entidade(s) ou organizações de moradores; Representante(s) de Entidade(s) não governamentais – ONGs; Representante(s) de Entidade(s) patronais urbanos e rurais; Representante(s) de Entidade(s) e movimentos de mulheres do Município de Ponta Grossa; Representante(s) de Entidade(s) e movimentos de negros do Município de Ponta Grossa; Representante(s) de Entidade(s) indígenas; Representante(s) de Entidade(s) de aposentados e pensionistas; Representante(s) de Entidade(s) congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; Representante(s) de Entidade(s) ambientalistas; Representante(s) de Organizações religiosas.

IV. Segmento/Sub-segmento de Trabalhadores de Saúde: Entidade/Órgão de Enfermeiros; Entidade/Órgão de Farmacêuticos; Entidade/Órgão de Médicos; Entidade/Órgão de Odontólogos; Entidade/Órgão de Assistentes Sociais Entidade/Órgão de Nutricionistas; Entidade/Órgão de Psicólogos; Entidade/Órgão de Médicos Veterinários; Entidade/Órgão de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais; Entidade/Órgão de Fonoaudiólogos; Entidade/Órgão de Educação Física; Entidade/Órgão de Outros Profissionais de Saúde; Entidade Sindical ou Associação de Trabalhadores de Saúde do Setor Público (Federal/Estadual/Municipal); Entidade Sindical ou Associação de Trabalhadores de Saúde do Setor Privado vinculado ao SUS. (PONTA GROSSA, 2011a)

De 2009 para 2011, o número de delegados previsto na CMSPG foi ampliado, de 200 para 304, representando um aumento de 52% do total de participantes, o que proporcionou uma representatividade mais alargada do município como um todo, com mais entidades e órgãos sendo representados. Tal ampliação no espectro da participação social é decorrência direta do Estado Democrático de Direito que, como examinado, busca garantir à Sociedade Civil um lugar na gestão pública democrática.

A ampliação de interesses representados nas CMSPG também é consequência direta da maior importância conferida aos direitos sociais (fundamentais de segunda dimensão), numa tentativa de substantivar a Democracia nacional. Como exposto no capítulo 1.2, os titulares destes direitos são grupos específicos de pessoas, considerados em suas especificidades. Estes direitos exigem intervenções positivas do Estado, as quais equilibram a condição de seus titulares (ex: mulheres, crianças, idosos, deficientes etc.) diante dos que não necessitam de proteção diferenciada.

Com mais delegados representando estes interesses, em especial os dos usuários, tanto maior será a possibilidade de os direitos sociais serem inseridos nos planos governamentais e efetivados por políticas públicas correlatas. Neste caso, é interessante

observar que, em termos quantitativos, a representatividade nas CMSPG é maior do que, por exemplo, na Câmara de Vereadores, que nos anos de 2009 e 2011, contavam com 15 (quinze)⁷⁶ parlamentares⁷⁷. Em relação à ampliação dos números participativos das CMSPG, no entender da superintendente municipal da saúde de 2011, de profissão advogada, ainda faltam certas entidades.

Eu acho que falta, talvez, alguns segmentos que não estão aí muito bem representados. Por exemplo, alguns conselhos de classe não representados, talvez a OAB. A própria OAB não tá aí. Nós temos segmentos aí que poderiam estar, até para poder esclarecer, para poder orientar a população que está lá e que não tiveram representatividade, não tiveram a sua cota de representatividade nesse setor. (GOV11)

Mesmo diante da ausência de outras entidades na constituição das CMSPG, percebe-se uma preocupação em abranger um grande número de interessados nas políticas de saúde, ao abarcar delegados oriundos de inúmeras realidades e grupos diferentes, principalmente no segmento dos usuários. Mas tal diversidade não está presente apenas neste segmento, sendo fato também nos demais – no dos trabalhadores da saúde, no dos prestadores de serviço e mesmo no da Administração Pública. E é preciso entender que esta é uma determinante positiva. “A pluralidade na composição, em vez de um obstáculo – como alguns estudos têm sugerido – é, ao contrário, o elemento que responde pela natureza pública e democrática desses novos arranjos [...]” (TATAGIBA, 2002, p.54).

A composição das CMSPG reflete também o conceito relacional de poder, pois abrange vários sujeitos, cada qual com interesses diferenciados – seja os que se referem à ausência de serviços, aos servidores despreparados, à estrutura inadequada, aos rendimentos dos profissionais, à continuidade de programas e, claro, aos interesses políticos, dentre outros.

As conferências de saúde (municipais, estaduais ou nacionais) espelham as variadas determinantes que provocam a adoção desta ou daquela política pública de saúde por parte da Administração, e as CMSPG não são exceção. A heterogeneidade da realidade municipal é, assim, refletida e, até mesmo, abraçada pelas CMSPG.

É preciso compreender, entretanto, que a composição preceituada nos regulamen-

⁷⁶ Somente em 2012, este número seria ampliado para 23 (vinte e três) vereadores.

⁷⁷ “Já existem hoje no Brasil, nos 5 mil municípios, mais conselheiros que vereadores, o que nos dá a dimensão desta forma de participação popular, muito mais acessível aos participantes dos movimentos sociais do que a tradicional representação parlamentar. Os conselhos são instâncias de formação de políticas que gozam de um alto conceito de respeitabilidade enquanto espaços transparentes e comprometidos com o interesse público, espaços que tornam a política mais pública, pelo menos aqueles em que há participação de grupos sociais organizados e democráticos.” (CARVALHO, M. do C. A. A., 1998, s/p).

tos das CMSPG é apenas uma previsão formal do que deveria ser verificado nestes colegiados. E é fato que o comparecimento dos delegados nas CMSPG de 2009 e 2011, constatado a partir das listas de presença^{78 79}, não condiz com o previsto pelos respectivos regulamentos. E, infelizmente, tal situação não é exclusividade de Ponta Grossa, sendo observada também em outras Conferências, não apenas municipais ou de saúde, mas em espaços participativos no geral (DAGNINO, 2002; KRÜGER, 2012; LUIZ, I. C, 2007, dentre outros), o que denota a cultura política brasileira de baixa participação, além da descrença generalizada nos processos políticos e instâncias sociais.

A disparidade entre a participação “prometida” e a realidade das 8ª e 9ª CMSPG é demonstrada abaixo, por meio de uma análise comparativa, com inserções dos depoimentos dos sujeitos por nós entrevistados, no que se refere às conferências das quais eles fizeram parte. No ano de 2009, foi realizada a 8ª CMSPG, que contou com estes números, no que se refere ao comparecimento dos delegados:

Tabela 3 – Presença dos delegados na 8ª CMSPG (2009), segundo as listas de presença⁸⁰, em comparação com os números determinados pelo respectivo regulamento, e significância em relação ao total.

Segmentos	Dados		
	Nºs do Regulamento da 8ª CMSPG (significância)	Nºs das listas de presença da 8ª CMSPG (significância)	Porcentagem de presença de cada segmento na 8ª CMSPG
Usuários	100 (50%)	27 (22,1%)	27%
Trabalhadores da saúde	50 (25%)	50 (41%)	100%
Prestadores de serviços	25 (12,5%)	21 (17,2%)	84%
Administração pública	25 (12,5%)	24 (19,7%)	96%
Total	200 (100%)	122 (100%)	61%

Fonte: dados tabelados pelo autor, a partir do regulamento da 8ª Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa e das suas listas de presença.

⁷⁸ As listas de presença das referidas CMSPG, guardadas pelo COMSAÚDE, foram consultadas somente depois de aprovado o ofício enviado ao conselho, com requisição específica para tanto.

⁷⁹ As listas de presença das CMSPG são documentos oficiais e comprovam o comparecimento dos delegados nos dias em que as conferências foram realizadas. São documentos importantes, pois, a partir deles, tanto o próprio COMSAÚDE como os pesquisadores externos podem verificar a presença de representantes de certos segmentos da Sociedade Civil e/ou Política nas CMSPG, estudando mais a fundo a participação social e a dinâmica participativa. Diante disso, a falta de método para se verificar a presença dos membros nas CMSPG e a pouca clareza de suas listas são pontos a serem criticados, os quais serão referenciados em notas adiante.

⁸⁰ Na CMSPG de 2009, encontramos dois tipos diferentes de listas de presença: na primeira, havia quatro colunas, nas quais se informava o nome do participante; se estava ali na condição de delegado, convidado ou observador; a entidade que representava; e o telefone de contato. Já o segundo tipo de lista, era assinada apenas pelos delegados, que eram subdivididos em três listas específicas dos segmentos dos usuários, trabalhadores e gestores, nas quais se informava nome, entidade representada e assinatura. Ocorre que há discrepâncias entre tais listas, pois alguns delegados que aparecem em uma não estão na outra, apesar de a 8ª CMSPG ter sido realizada em apenas um dia. Ademais, o segmento dos prestadores de serviços não está contemplado de modo específico no segundo tipo de lista, como os demais três segmentos (a lista específica deste segmento também pode ter se perdido ou apenas não foi encontrada). Em razão de tais problemas, a contagem da presença dos delegados na 8ª CMSPG, nesta pesquisa, se deu da seguinte forma: das listas do primeiro tipo, contabilizamos apenas aqueles sujeitos que se indicaram como delegados, dividindo-os segundo os quatro segmentos, de acordo com as entidades que representaram; das listas do segundo tipo, retiramos os delegados já presentes nas listas anteriores, somando apenas os nomes inéditos, chegando, no final, aos números dispostos na segunda coluna da Tabela 1.

Os dados acima compilados sobre a 8ª CMSPG demonstram claramente uma baixa presença dos usuários, pois apenas 27 dos previstos 100 delegados deste segmento compareceram ao evento. No que se refere a esta conferência, nenhum outro segmento teve uma disparidade tão grande entre o número de delegados previsto e o de presentes, o que acabou por aumentar a proporção dos demais segmentos. Sobre esta situação, o presidente do COMSAÚDE daquele ano afirmou:

Mas é claro que é um problema que a gente enfrenta em todas as conferências, não é por que é a saúde, todos os conselhos e todas as conferências tem o problema é a participação popular. Neste ponto a gente fala que o povo gosta de cobrar, o povo quer cobrar, mas na hora que precisa chamar ele para participar, para colocar a sua opinião ai eles não participam; Por que? Por que uma conferência de saúde no nosso tempo era sábado e no domingo pela manhã, um sábado inteiro, começava no sábado pela manhã e se estendia para o domingo, então as vezes era em um final de semana inteiro e as vezes as comunidade não tem interesse e consideram que isso é um final de semana perdido. (COMS09)

Diante da ausência de usuários, um dos maiores princípios das conferências, o da paridade, é suplantado pela cultura política de baixa participação presente em várias regiões do nosso país; pelo já apontado índice de 25,3% de utilização de planos de saúde no Brasil (DATASUS, 2013); pela descrença nas instâncias participativas e políticas; pela baixa publicização de tais espaços, dentre outras determinantes.

O princípio da paridade determina que o número de delegados usuários nas CMSPG deve ser igual ao da soma dos demais segmentos. Ocorre que a realidade é muito diferente, e na CMSPG de 2009, os usuários eram representados por apenas 22% de todos os delegados, diminuindo as chances de estes proporem ações estratégicas ou mesmo discutirem-nas com outros sujeitos.

Numericamente inferiores, a possibilidade de os representantes dos usuários exporem seus pontos de vista se reduz. “Os usuários até mobilizam um grupo interessante, mas extremamente reduzido frente a todo o público possivelmente interessado.” (DGOV09). Tanto a representatividade como o empoderamento dos usuários das políticas de saúde são barrados pela não participação dos mesmos.

Mas a comunidade ou a população tem que ter esse anseio de querer participar e trazer as reivindicações das coisas que precisam lá no seu local para poder representar de uma maneira melhor.

[...] E eu acredito que com uma participação em maior quantidade teria um ou-

tro peso a conferência, quanto mais a população participar teria um peso maior. (COMS09).

De fato, a maior participação social nas CMSPG, seja de qual segmento for, é fundamental, mas ainda mais no dos usuários, já que eles são os principais beneficiados pela política de saúde.

Em relação aos demais segmentos, a menor presença computada entre eles foi a dos prestadores de serviços, com 84%, seguida da Administração pública, com 96%, tendo os trabalhadores da saúde 100% de presença nesta 8ª CMSPG. Tais números são indicativos prováveis da maior institucionalização destes segmentos, pois encontram-se diretamente vinculados ao SUS.

Os serviços realizados, assim como a própria remuneração dos trabalhadores da saúde e prestadores de serviços podem ser modificados, segundo os interesses destes sujeitos, por meio das CMSPG, o que as torna potencialmente benéficas para eles. “Os *[prestadores de serviços] que estavam lá visavam garantir sua parte nos recursos financeiros, ou que pelo menos, eles não fossem prejudicados.*” (DGOV09). E os gestores públicos também enxergam nas CMSPG seu potencial materializador dos interesses políticos, além destas serem uma extensão da própria máquina pública, já conhecida destes sujeitos.

Esta diferença demonstra que os usuários, possivelmente, não percebem o poder transformador das CMSPG, até porque não conhecem o seu potencial político como os demais sujeitos que as compõem. Segundo o depoimento do delegado de 2009, do segmento governamental, “*dois movimentos me parecem claros. O primeiro é o da não articulação dos interessados na questão ‘pública’ da saúde. O segundo, o da articulação de grupos restritos defendendo interesses ‘privados.’*” (DGOV09).

Em 2011, foi realizada em Ponta Grossa, a 9ª CMSPG, que, como já verificado, possuía maior previsão numérica de delegados. Porém, no que se refere à efetiva participação social nesta conferência, os números não acompanharam o aumento previsto. Ao contrário, em relação à CMSPG anterior, a participação dos delegados como um todo diminuiu, como se constata pela tabela a seguir.

Tabela 4 – Presença dos delegados na 9ª CMSPG (2011), segundo as listas de presença⁸¹, em comparação com os números determinados pelo respectivo regulamento, e significância em relação ao total.

Segmentos	Dados		
	Nºs do Regulamento da 9ª CMSPG (significância)	Nºs das listas de presença da 9ª CMSPG (significância)	Porcentagem de presença de cada segmento na 9ª CMSPG
Usuários	152 (50%)	37 (45,1%)	24,3%
Trabalhadores da saúde	76 (25%)	13 (15,8%)	17,1%
Prestadores de serviços	38 (12,5%)	10 (12,2%)	26,3%
Administração pública	38 (12,5%)	22 (26,8%)	57,9%
Total	304 (100%)	82 (100%)	27%

Fonte: dados tabelados pelo autor, a partir do regulamento da 9ª Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa e das suas listas de presença.

Diferentemente da 8ª CMSPG, no caso da 9ª, o baixo nível participativo não prejudicou a proporção paritária entre o segmento dos usuários e os demais, pois aqueles somavam quase a metade dos presentes na conferência. Entretanto, mesmo diante da manutenção da paridade, o comparecimento reduzido de sujeitos dos quatro segmentos impossibilitou que mais interesses e opiniões divergentes surgissem, prejudicando a troca de informações e o próprio processo democrático das CMSPG. Tal situação nos parece fruto do conservadorismo político hegemônico, presente no município de Ponta Grossa há algumas décadas, como disposto no capítulo 3.1.

Dagnino (2002, p.290), quando da publicação dos resultados de sua análise sobre espaços públicos e construção democráticos no Brasil afirmou que “Os resultados da pesquisa apontam para uma conclusão geral nada surpreendente: quanto maior a representatividade, maiores as chances de uma partilha efetiva do poder na negociação com o Estado”.

Com o número total de delegados, no regulamento, ampliado de 200 para 304, os números relativos à porcentagem de presença de cada segmento na 9ª CMSPG foram ainda mais baixos que os da conferência anterior, os quais já estavam longe de serem ideais. A reflexão da heterogeneidade social nas CMSPG é reduzida aos seus poucos participantes,

⁸¹ Na CMSPG de 2011, encontramos apenas um tipo de lista, diferentemente da conferência anterior. Nesta listagem, dividida entre os quatro segmentos (gestores, prestadores, trabalhadores e usuários) havia três colunas, onde os participantes escreviam seu nome completo, a entidade que representavam e sua assinatura. Tais listas dividiam-se de acordo com os vários temas debatidos na 9ª CMSPG, totalizando 10 grupos diferentes. Ocorre que, diante da ausência de mais de 80% dos participantes previstos no regulamento, vários grupos temáticos foram cancelados, sendo que, dos dez listas referentes ao dez grupos previstos, o Conselho manteve apenas quatro listas, uma delas totalmente em branco. Deste modo, os grupos foram rearranjados em três, diante do número reduzido de presentes. E nas listas destes três grupos, alguns nomes de delegados aparecem mais de uma vez, já que esta CMSPG foi realizada em dois dias (22 e 23 de julho de 2011). Ainda assim, as listas de presença não contêm os dias em que foram realizados as discussões dos tais grupos, o que impossibilita uma contagem específica destes dias. Deste modo, a presença dos delegados na 9ª CMSPG, nesta pesquisa, foi contabilizada de forma que os nomes repetidos de delegados fossem considerados apenas uma vez.

diminuindo as chances de um debate mais plural e democrático.

Os números comprovam que o aumento do número de delegados pelo regimento das CMSPG foi prematuro e, definitivamente, não acompanhado por um desenvolvimento na cultura política e participativa local como um todo.

Aí quando você convida: “olha, vamos fazer parte da conferência, tem que fazer parte da pré-conferência, vamos discutir proposta para nossa comunidade. Depois a gente ia fazer a sistematização da proposta.” “Ah, 7 horas da noite? 3 horas da tarde eu não posso. 6 horas eu não posso. Daí eu vou perder a novela...” Sabe? A gente escuta isso. A gente fica triste e a gente tem que aceitar. Infelizmente tem que aceitar. (COMS11)

Numa comparação entre os números das tabelas, a tabela de número 2 comprova uma redução nas presenças, inclusive daqueles segmentos mais institucionalizados, em especial o dos trabalhadores da saúde, que antes obtiveram 100% de presença, e em 2011 contaram com apenas 17,1% dos previstos. E mesmo desconsiderando a previsão do regulamento, 13 trabalhadores é um número muito baixo, em relação aos 50 da CMSPG anterior.

Por outro lado, se a paridade dos usuários foi, de certo modo, mantida, os representantes do governo dobraram sua significância, saltando dos 12,5% previstos para 26,8%, possibilitando-lhes maior imposição de seus objetivos frente os outros segmentos. Tal situação se adequa ao observado em outros estudos.

Cabe ressaltar, contudo, que ocorreram algumas mudanças positivas no governo Lula no que diz respeito ao envolvimento dos agentes governamentais nos processos e espaços de participação, sobretudo os conselhos e as conferências. Houve mudança de postura do atual governo em relação aos governos anteriores. Nas conferências realizadas em governos anteriores, quem organiza e comandava todo o processo era a sociedade civil. O governo chegava, como se fosse um espectador, e ia embora. Agora, esses espaços têm registrado qualidade e participação governamental bem diferente do que estávamos acostumados. As conferências, por exemplo, viraram verdadeiros espaços de disputas políticas. (MORONI, 2009, p.129)

Se este movimento de valorização das instâncias participativas se deu no Governo Federal de então, certamente isso não ocorreu no Governo Municipal de Ponta Grossa, em especial na 9ª CMSPG, na qual foram sentidas as ausências tanto do Prefeito, como do então Secretário de Saúde, segundo artigo veiculado na mídia.

Nem o prefeito (Pedro Wosgrau/PSDB) e tampouco o secretário municipal da Saúde, Winston Bastos, encontraram tempo para aparecer no evento que reuniu cerca de 200 pessoas⁸². E, claro, não dá para esquecer que também os profissionais da saúde – que ocupam o cargo de vereador em Ponta Grossa (são cinco dos 15 vereadores da Cidade) sequer apareceram por lá. Não se sabe, aliás, o grau de importância que tais representantes políticos atribuem à política de saúde... Entretanto, o fato é que não parece haver tanta disposição para discutir o maior problema da administração pública de Ponta Grossa [segundo o autor, a política de saúde], com usuários, profissionais e gestores do setor. (GADINI, 2011, s/p).

A discrepância entre os números previstos pelo regulamento e a presença constatada na CMSPG de 2011, além da ausência de sujeitos-chave neste processo, é um resultado alarmante do descrédito nas instituições participativas e, por fim, na política em geral. Mesmo o delegado do segmento governamental de 2009, apesar da relativamente maior presença na 8ª CMSPG, considera que “a legitimidade desse espaço é muito pequena frente à própria sociedade, assim como frente aos políticos, aos trabalhadores e ao próprio estado.” (DGOV09). Ainda que não se possa generalizar deste modo a descrença nos espaços participativos, os números de presença, realmente, não denotam uma politização desenvolvida do Poder Local.

Diante de tal situação, o presidente do COMSAÚDE de 2011 ironiza a situação, para depois relatar sua tentativa infrutífera de mudá-la.

Se olhassem o artigo 6º da Constituição e olhassem o artigo 198, inciso terceiro, que é a participação da comunidade, eu sempre digo que o congressista, quando eles colocaram isso na Constituição, eu acho que eles pensaram assim: “vamos dar esse mel, que eles não vão saber usar. Vão se lambuzar e não vão saber usar”. O povo ainda está no curral [eleitoral]. Eu tinha um projeto que eu escrevi em 2007, logo depois que eu vim da Conferência Nacional de Saúde, eu terminei de escrever. É um projeto de ir nas comunidades, levar informação, levar como trabalhar, como ser participativo. Eu não tive apoio. Eu não tive apoio e o projeto ficou lá. Um dia eu vou conseguir pôr em prática, mas... (grifo nosso) (COMS11)

E a ausência de delegados no nível local acaba por também influir em números reduzidos de participação nos níveis hierárquicos mais superiores, já que, como informado, uma das funções das conferências é eleger delegados para as Conferências de Saúde estaduais.

[Para a Conferência Estadual de Saúde do Paraná de 2011,] Nós tínhamos 10 vagas para mandar para Curitiba, nós mandamos 10 vagas de Ponta Grossa. Castro não mandou a totalidade, Jaguariaíva não mandou a totalidade, Toledo não mandou, Cascavel não mandou a totalidade. Então você vai somando as falhas, quando

⁸² A divergência deste número com o apresentado pela Tabela 3, de 82 participantes, explica-se, pois o levantamento realizado por nós, por meio dos documentos fornecidos pelo COMSAÚDE, contabilizou apenas os delegados, sem considerar os convidados e observadores do evento.

you see, putting it all together has 30%, 40% [of presence]. (COMS11)

Ocorre que se a ausência de representantes municipais – não apenas do segmento dos usuários, mas dos outros também – é um problema recorrente nas CMSPG, outras dificuldades também podem advir da presença de certos delegados. Segundo observado, dois foram os “vícios de presença” ocorridos nas conferências estudadas: a participação não capacitada de alguns sujeitos e a representação equivocada dos usuários.

O primeiro destes vícios refere-se à presença de delegados, convidados ou observadores não capacitados para a participação social realizada nas CMSPG. Por serem colegiados que tratam da política pública de saúde do município, as CMSPG lidam com instrumentos técnicos provindos da esfera política, e determinantes sociais complexos, formando uma conjuntura por vezes difícil de ser compreendida.

O Poder Local, organizado e relativo à política de saúde municipal, constitui as CMSPG, havendo, portanto, uma relação direta entre a capacidade de seus sujeitos em compreender os instrumentos, ferramentas e determinantes destes espaços com a qualidade de atuação das CMSPG.

Nós temos discussões técnicas, principalmente de legislação municipal, que não têm a mínima orientação [para os participantes]. Não tem orientação para o usuário, não tem orientação para os próprios servidores, não tem orientação muitas vezes nem para o gestor. E que muitas vezes passam políticas ou critérios que não poderiam passar, que depois causam problemas para gestores, para usuários, para toda a população em geral. A gente vê por aí contratos anulados, licitações anuladas, problemas no Tribunal de Contas. Então coisas que poderiam ser previamente resolvidas se tivessem a orientação necessária ao próprio conselheiro, ao próprio gestor, dentro das discussões prévias que se estabelecem nos conselhos, nas conferências, para se criar realmente políticas públicas, e não se tampando buraco, como ocorre hoje com a Saúde. (GOV11)

Sem entender as funções e os meios pelos quais as CMSPG atuam, não há como os sujeitos que as compõem realizarem um trabalho efetivo. Diante disso, os números de presença tabelados não necessariamente correspondem à substância da situação participativa. Dos 122 delegados na 8ª CMSPG e dos 82 na 9ª, alguns podem não ter compreendido de fato sua função, ou o percurso das ações estratégicas. “O próprio entendimento do papel da conferência, por parte da sociedade, reduz muito a capacidade transformadora desse espaço” (DGOV09), pois algumas pessoas percebem a CMSPG apenas como um espaço para reclamações individuais.

Uma dificuldade que se apresenta é que nem sempre, nas conferências, existe a técnica necessária, o diálogo necessário, a preparação necessária para que essa comunidade venha com esse objetivo. Muitas vezes uma comunidade vem para uma conferência sem o discernimento do que é uma política pública. Muitas vezes uma comunidade vem para uma conferência achando que aquilo ali é uma ouvidoria pública. Ela vem aqui para falar que o tio João não foi atendido, que lá no posto X aconteceu tal fato, tal fato. E mistura-se o que é ouvidoria com o que é discussão de políticas públicas.

Então são equívocos que na verdade ocorriam pelo próprio ambiente. Não que necessariamente fossem articulações políticas ou não, mas era pelo próprio ambiente que se criava, de ser um ambiente apto a discussão, muitas vezes se criava ali um ambiente de desabafo. A pessoa ia lá desabafar ao invés de discutir políticas públicas.

O conceito de políticas públicas se perde. Mas eu penso que isso não é uma questão de má fé, é uma questão de muitas vezes as pessoas não estarem preparadas e não conhecerem o que um conceito de políticas públicas. (GOV11)

Tatagiba coloca tal questão sob outra perspectiva, retomando o ponto positivo de se ter um espaço composto por sujeitos de diferentes realidades, com conhecimentos oriundos de experiências diversificadas e, mais, despojados do tecnicismo burocrático tão comum nos segmentos mais institucionalizados.

Mas como melhorar a qualidade da apresentação dos conselheiros [e delegados] sociais sem promover a elitização burocratização da participação? Como construir um programa de capacitação, que permita aos conselheiros [e delegados] da sociedade civil dialogar em pé de igualdade com os agentes estatais, sem, contudo, transformá-los em especialistas, o que acabaria recolocando o ciclo das exclusões por meio do discurso especializado? (TATAGIBA, 2002, p.70)

Mesmo depois de tais questionamentos, a autora, em nenhum momento, sugere que a capacitação seja olvidada, mas, sim, orientada para “a sistematização e circulação de experiências que demonstrem como essas dificuldades têm sido enfrentadas em diferentes contextos” (FORTES, 1996 *apud* TATAGIBA, 2002, p.72).

A capacitação dos delegados das CMSPG deve ser prioridade, para que suas funções sejam melhor desenvolvidas. Alguns destes delegados até recebem certa orientação, pois provêm de entidades que oferecem cursos de capacitação, mas isto não é regular. Situação que, segundo o delegado do governo da 8ª CMSPG, por nós entrevistado, tem que mudar, e não apenas para o segmento dos usuários.

A democracia institucional também deve ser uma prioridade dentro das instituições de saúde. Não podemos esperar que trabalhadores da assistência e trabalhadores da gestão que não tenham uma vivência prática de democracia dentro de seu próprio local de trabalho, possa repentinamente passar a compreender, respeitar e defender um espaço participativo maior, como uma conferência. (DGOV09)

A falta de capacitação dos sujeitos participativos é tema recorrente na literatura e mesmo nos depoimentos, ainda que mais voltada para os conselheiros dos conselhos de políticas públicas⁸³ do que para os delegados das conferências.

Contudo, haja visto que alguns conselheiros também cumprem o papel de delegados, a capacitação daqueles⁸⁴, e até dos gestores⁸⁵, também se mostra fundamental para as conferências, mesmo tal caminho constituindo um projeto contra-hegemônico, eivado de obstáculos, porque a partir do momento que

[...] a população começar a ter uma orientação maior, aí sim, com a população orientada, ela tem condições de ter um diálogo mais próximo. Ela tem condição de chegar num conselho e debater com o gestor. Ela tem condição de chegar e questionar o gestor. Porque como é que ela vai questionar o gestor no orçamento se ela não tem a mínima condição de conhecer? Não existe isso. Pode chegar lá 15, 16, 20 usuários, 50 funcionários, pode estar uma plenária cheia. Ele [o gestor] vai apresentar os números e vai dizer que aquela matemática tá fechada. Pode ser qualquer rubrica orçamentária totalmente equivocada e ilegal. Eles não terão nenhuma condição de dizer se está certo ou errado. Então enquanto essa dinâmica do conhecimento técnico que determinados segmentos possuem não chegar ao alcance do próprio usuário, esse clamor dele chegar no conselho vai ser só por forma. Não vai ter utilidade nenhuma. (grifo nosso) (GOV11)

O depoimento acima comprova que a falta de capacitação dos sujeitos participativos, seja nos conselhos ou nas conferências, pode facilitar a corrupção política, pois estes órgãos possuem funções fiscalizadora e avaliativa. É óbvio que a não capacitação destes sujeitos não pode lhes ser imputada segundo sua própria vontade. Os delegados, conselheiros e participantes em geral destes colegiados não possuem capacitação, informação ou conhecimento não porque assim o desejam. O que ocorre é que tal situação persiste em face da partilha desigual do conhecimento, marcada por uma estratificação classista que perpetua o saber dentro de certos nichos, beneficiando-os pela desinformação alheia.

⁸³ Sobre o tema, indicamos o referenciado trabalho de Luiz, D. E. C. (2011), em especial o terceiro capítulo, denominado “Capacitação para conselheiros gestores de políticas públicas: uma prática produtora de rupturas moleculares emancipatórias no âmbito do Serviço Social”.

⁸⁴ No tocante à capacitação dos conselheiros, vale citar a experiência desenvolvida pelas Escolas de Conselhos, mesmo que ainda não presentes no Paraná. Tendo início como um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, em 1997, suas ações se desenvolveram em três cursos de capacitação de sujeitos participativos na política dos direitos das crianças e adolescentes. “A equipe foi então convidada pelo Departamento da Criança e do Adolescente do Ministério da Justiça para coordenar as ações de fortalecimento dos Conselhos Tutelares, construir e executar uma Matriz de Capacitação das Redes de Proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, como parte da metodologia que viria a ser implantada, em 2003, no âmbito do Programa de ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro nos estados de Mato Grosso do Sul, Bahia, Roraima, Acre, Amazonas e Paraíba.” (MOTTI, s/a, s/p).

⁸⁵ Quanto aos gestores públicos, há a Escola de Governo, presente em vários estados do Brasil e instituída no Paraná em 25 de outubro de 2004, pelo Decreto Estadual nº 3.764, sob a forma de Sistema Integrado de Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos e sendo vinculada à Secretaria de Estado da Administração e da Previdência. “Tem como missão promover o desenvolvimento de competências do servidor, com foco em serviços de qualidade para a população, bem como, apoiar o desenvolvimento contínuo da capacidade de governar a cidade. Sustenta como VISÃO ser marco de excelência no desenvolvimento de pessoas e na administração pública estadual”.

Assim, esta incapacidade é tolerada pelos sujeitos dominantes e, até mesmo, incentivada.

Toda a prática profissional ou social que tenha a intenção de ser emancipatória, num contexto capitalista e neoliberal, vai se defrontar com um quadro estrutural que limita tal intenção. A modernidade [...] possui uma direção hegemônica que reforça as injustiças, as desigualdades, a fragmentação e as subalternidades, portanto está longe de ser emancipatória. Mas, contraditoriamente, em nome de valores humano-sociais, também mostrou que é palco de tendências contra-hegemônicas, as quais precisam ser continuamente recriadas para inverter a configuração hegemônica. (LUIZ, D.E.C, 2011, p.239)

Por serem instrumentos de hegemonia, os CMPSG e o COMSAÚDE, se encontram suscetíveis às forças, variáveis e mudanças citadas acima pela autora. Sobre as mencionadas “injustiças, desigualdades, fragmentação e subalternidades”, elas não são verificadas apenas na falta de capacitação dos delegados das conferências, como, outrossim, no segundo “vício de presença” constatado nas CMSPG, qual seja, o da representação equivocada dos usuários.

Em relação a este vício, nos referimos à participação de algumas entidades, no segmento dos usuários, que recebiam verbas públicas, o que configura óbvio conflito de interesses, gerando o tal equívoco na representação, como informa o presidente do COMSAÚDE em 2009:

Você tinha entidades que eram representantes de usuários, por exemplo, vamos pegar [cita algumas entidades], eles são representantes do usuário, porque as pessoas que estão ali são envolvidas com usuários, mas essa entidade ela recebia repasse do gestor e isso era um ponto chave para mim dentro do conselho, porque [...] você verificava que as vezes (às vezes!) acontecia isso. Resposta, para mim, de presidente de instituição, um conselheiro: “Eu recebo dinheiro do gestor. Se eu não votar assim, vai atrasar o meu negócio”, então isso era um ponto crucial que a gente falava: “Isso pode acontecer? Pode acontecer!” (grifo nosso) (COMS09)

Segundo este entrevistado, tal situação decorria da política do CESPR, demonstrando que, apesar de compor um sistema descentralizado, as CMSPG e o COMSAÚDE também constituem relações hierárquicas de poder, sendo os elos mais fracos, quando em comparação com suas contrapartes nacionais e estaduais. Assim, o entrevistado afirmou que estas instâncias participativas ficavam atreladas

[...] à política que tem no Conselho Estadual de Saúde, se o conselho aceita que aquela entidade represente os usuários, por mais que ela receba dinheiro do gestor, o nosso conselho municipal [e, portanto, as conferências] tem que acatar, tem que aceitar que [cita entidades] são representantes do usuário, mesmo recebendo dinheiro do gestor e a gente sabe que por trás disso existe aquela coisa de que o dinheiro manda. [...]

E essa era a briga que quando a gente começou a entrevista eu falei para você: “A gente precisa colocar cada entidade no seu devido lugar, se a entidade recebe dinheiro do gestor, ela não pode fazer parte do usuário. Ela tem que ser colocada no lugar de prestador de serviço, ela pode ser até representante do gestor, mas ela não pode ser representante do usuário”, e foi um ponto que a gente discutiu muito na gestão que eu estava no Conselho de Saúde. [...] eu acredito que a gente, depois que passou essa gestão, ou durante essa gestão a gente conseguiu colocar nas outras conferências que se recebe dinheiro do gestor não pode ser representante do usuário. (grifo nosso) (COMS09)

A ampliada gama de interesses representados nas CMSPG permitiu que estas instâncias refletissem características tanto positivas quanto negativas da participação social brasileira. Ao democratizar o processo de formulação e avaliação da política municipal de saúde

[...] os espaços de participação institucionalizados passaram a ser colonizados por interesses particulares, sejam partidários, empresariais, clientelistas, religiosos ou mesmo dos chamados ‘usuários’ com patologias específicas. Nesse contexto, os cidadãos que destinam parte do tempo de suas vidas colaborando para o desenvolvimento do SUS pagam uma espécie de ‘mais-valia participativa’ para obter o mínimo do direito à saúde, enquanto os outros consumidores são levados a pagar pelos seus ‘planos de saúde’.” (PAIM, 2008, p.114)

A superintende da SMS de Ponta Grossa, de 2011, relatou uma mudança de orientação entre 2009 e o ano em que estava na SMS, mas não soube confirmar, de fato, se havia entidades que recebiam verbas públicas no segmento dos usuários. De qualquer modo, afirmou que a situação ora relatada

[...] efetivamente podia ocorrer. Como as instituições recebem via convênio, muitas vezes para o conselho não vinham todas as direções, não apareciam todas as atas com o conselho deliberativo e o conselho fiscal das instituições. Então muitas vezes o nome da pessoa que aparecia no conselho deliberativo e no conselho fiscal não vinha previamente para o conselho [da saúde]. Pode ser que essa pessoa tenha participado do conselho [e das conferências, pois], não se sabia que essa pessoa fazia parte daquela instituição, porque vem no conselho só o presidente. [...]

Agora mudou a orientação do Tribunal de Contas, vem todas de 2011 para cá, mudou a orientação do Tribunal de Contas para transferência voluntária⁸⁶ e vem agora toda a composição da direção, então agora existe um procedimento específico do Tribunal de Contas para transferência voluntária e vem toda composição das instituições, com todas as diretorias, com todos os conselhos fiscais, então agora é possível determinar isso. Antes era... não existia esse tipo de fiscalização. (GOV11)

O presidente do COMSAÚDE de 2011 também afirmou que em 2011 não mais houve entidades no segmento dos usuários que recebiam verba pública. Porém, diferentemente da superintendente daquele ano, que afirmou tal mudança ter provindo de determinação

86 Transferências voluntárias são recursos transferidos pelo Estado aos Municípios e Entidades, em decorrência de convênios ou instrumentos semelhantes, cuja finalidade é a realização de obras e/ou serviços de interesse comum.

superior, do Tribunal de Contas, aquele entrevistado disse ter sido esta uma conquista do próprio COMSAÚDE.

Isso [de ter entidades do segmento dos usuários que recebiam verba pública] aconteceu em 2007. O representante do gestor, quando tinha alguma coisa interessante para ele, ele levantava para votar e olhava para trás, para ver quem estava votando com ele e a gente via, pessoa do segmento usuário votando para o gestor. Por quê? Porque ele tinha verba que recebia da secretaria. [...] A gente conseguiu uma mudança do regimento para conferência de 2009, conseguiu colocar na cabeça do conselheiro que a entidade que recebe dinheiro da secretaria não podia representar o usuário. Ele colocou essa proposta na mesa do Conselho e essa proposta foi aprovada e entrou [...] no regimento do Conselho e entrou para o regimento da conferência [em 2009]. [...] Então foi para conferência, aí nessa conferência a gente conseguiu eliminar... tinha, às vezes, 3, 4, teve entidade que pegou duas atas no Conselho, em 2007. Tinha duas cadeiras, tinha dois titular e dois suplentes. E era entidade que recebia verba. 2009 já não. 2009 já tirou um pouquinho, mas não foi limpo tudo. [...] Só em 2011, das 15 entidades que nós homologamos [para o segmento dos usuários], nenhuma recebia verba da secretaria. Então nós limpamos aquela... mas só foi em 2011. Nós começamos em 2007, para poder fazer essa mudança em 2011.

E as entidades que ainda recebem dinheiro da secretaria estão no segmento do prestador, agora. (grifo nosso) (COMS11)

Pelo exposto, a composição da 9ª CMSPG se deu, no que se refere aos repasses governamentais, de forma menos equivocada do que na 8ª. Por outro lado, como visto, a baixa capacitação dos sujeitos da CMSPG ainda é uma realidade, e a participação presencial foi muito menor do que o esperado, e mesmo reduzida em relação à CMSPG anterior. É certo que a Conferência de 2011 avançou em alguns pontos, mas retrocedeu em outros, de modo a, ainda, se configurar como um espaço de participação social com lacunas a serem preenchidas, mas também demonstrando que mudanças são possíveis.

Em seu estudo sobre os Conselhos de Saúde, Labra chega a conclusões interessantes, que servem, igualmente, às CMSPG.

Em suma, se, por uma parte, na sociedade brasileira haveria um déficit de capital social – ou seja, de relações de confiança, solidariedade e cooperação – haveria escassez, portanto, de ingredientes indispensáveis para os CS [Conselhos de Saúde] se constituírem em efetivos canais de democratização das decisões e de controle social; por outra, os CS certamente constituem espaços públicos privilegiados para, mediante a participação, acumular capital social e formar cidadãos mais conscientes, informados e capacitados para ampliar a democracia em direção às utopias que, há três décadas, marcam as lutas pelo direito a ter direitos, pela cidadania plena. (LABRA, 2005, p.380)

Diante do apresentado, há algumas determinantes desta etapa do processo de materialização a serem consideradas. Estas seriam o número de delegados previstos nas CMSPG (em especial o aumento entre 2009-2011); a previsão de representantes de várias entidades e grupos relacionados a direitos sociais diversos, caracterizando uma representatividade plural e democrática; e as matizes da cultura política, marcada por baixa participação social, capacitação insuficiente dos sujeitos que compõem as CMSPG, bem como pela representação equivocada dos usuários (por entidades que recebem verbas públicas). Como verificar-se-á no capítulo seguinte, tais determinantes na composição das CMSPG influenciam seus relatórios finais.

3.2.3. Ações estratégicas presentes no relatório final das conferências (período simultâneo).

As CMSPG dos anos 2009 e 2011 têm muitas diferenças entre si, a começar pela composição destas, além de suas diferentes conexões com os planos municipais e o âmbito nacional, como já analisado. E o relatório final de ambas as conferências é outro ponto de divergência entre elas, tanto em quantidade como qualidade, sendo que nosso foco se deu sobre aquele ponto, o quantitativo, com apenas algumas exemplificações qualitativas.

Partindo da premissa de que a materialização política das ações estratégicas das CMSPG nos planos municipais é um processo, e que a primeira de suas etapas (a constituição da CMSPG), foi retratada no capítulo anterior, passamos à seguinte.

Nesta etapa, por meio dos delegados presentes, a CMSPG expõe os interesses e os objetivos voltados à política municipal de saúde, proporcionando um debate entre os representantes dos segmentos organizados. Os delegados se dividem em grupos temáticos, buscando manter, em cada um, a paridade. *“Cada sala tem essa mesma divisão. E no pleno [reunião final e geral de todos os delegados], a tendência é ter essa mesma divisão.”* (COMS11).

Este complexo de relações, por fim, configura o emaranhado de relações de poder presente nas CMSPG, conectado à política de saúde através da participação social, que, nos termos da Figura 1, buscará transformar seus interesses em ações estratégicas nos relatórios finais, para depois materializá-los nos respectivos planos de governo. No que se

refere à tentativa dos segmentos presentes nas CMSPG em inserir suas demandas no relatório final de tais instâncias, o presidente do COMSAÚDE em 2011 esclarece tal processo, partindo de um exemplo:

A proposta de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário. É bem ampla, mas é uma proposta. [...] A proposta tem que passar. O que nós fizemos? Você do segmento de usuário, a proposta é essa. Eu sou do segmento do usuário, a proposta é essa. Então você vai no grupo tal, você vai no grupo [temático] tal [alocado em certa sala], você vai no [outro] grupo tal [alocado em outra sala]; nós concordamos nesse sentido. Os trabalhadores fazem a mesma coisa, certo? E daí aquela proposta, a gente 'bate nela' e faz valer. E quando vai pro pleno, a gente se fecha mais ainda em cima daquela proposta. Isso é o trabalho do segmento do usuário que a gente faz, e o trabalhador também. E quando tem uma proposta que bate com a ideia do trabalhador e do usuário, nós fechamos. [...] Então a gente se divide nos segmentos, nos grupos, praquela proposta, se ela não passa nesse grupo, passa no outro. (COMS11)

A 8ª CMSPG, realizada em 2009, inscreveu no seu relatório final um total de 155 (cento e cinquenta e cinco) ações estratégicas, que, posteriormente, seriam apresentadas à SMS, para embasar o respectivo plano plurianual de saúde, de 2010-2013. A CMSPG seguinte foi a 9ª e, tendo ocorrido em 2011, teve 215 (duzentas e quinze) ações a compor o seu relatório final, o que representa uma ampliação de 38,7% do total proposto por este colegiado participativo.

Antes de tecermos comentários apressados sobre tais números, faz-se necessário esmiuçá-los, de forma a compreender o arranjo dos mesmos, bem como a percepção dos mesmos pelos sujeitos representativos da participação social.

Para facilitar a análise, dividimos as ações apresentadas nos relatórios das CMSPG em sete eixos operacionais – Atenção à Saúde, Gestão do SUS, Política de saúde, Participação da comunidade, Educação e informação em saúde, Ciência e tecnologia em saúde e Outros –, a partir dos próprios relatórios e planos de governo, bem como do estudo de Krüger (et al., 2011), cujo objeto era semelhante ao nosso.

A cada eixo operacional relacionado e conceituado, destacaremos, de modo comparativo⁸⁷, sua relevância na composição dos relatórios finais das 8ª e 9ª CMSPG, para, ao

87 Importante destacar que, quando da escrita da dissertação de mestrado que deu origem ao presente livro, o autor inseriu dois apêndices e dois anexos ao trabalho. Os apêndices traziam o conteúdo das "Ações estratégicas presentes nos relatórios finais das CMSPG de 2009 e 2011, referentes aos sete eixos operacionais analisados" (Apêndice A), bem como as "Ações estratégicas dos relatórios finais das CMSPG de 2009 e 2011 materializadas, respectivamente, no plano plurianual (2010-2013) e no anual (2012) de saúde do Governo". Ademais, também foram incluídos o "Plano plurianual de saúde do Governo de Ponta Grossa, de 2010-2013" (Anexo A) e o "Plano anual de saúde do Governo de Ponta Grossa, de 2012" (Anexo B). Ocorre que pelo grande número de páginas ocupado por estes materiais, optou-se por desconsiderá-los

final do capítulo, tabelarmos estes números, com uma visão mais geral.

O primeiro eixo operacional é o da **Atenção à Saúde**. Caracterizado como o “conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento às demandas pessoais e das exigências ambientais” (BRASIL, 2004, p.21), engloba as políticas públicas de outros sub-eixos operacionais, quais sejam: Vigilância em Saúde⁸⁸, Estratégia Saúde da Família (ESF)⁸⁹, Agentes Comunitários da Saúde (ACS)⁹⁰, Atenção Básica⁹¹, Média e Alta Complexidade⁹², Saúde de populações específicas⁹³, Programas específicos⁹⁴ e Assistência Farmacêutica⁹⁵.

Percebe-se que o eixo de atenção à saúde se relaciona diretamente com a concretização de alguns dos princípios e diretrizes do SUS, por meio dos serviços prestados à população, inclusive considerando-a em suas peculiaridades. Desta forma, representa o desenvolvimento ou a implementação das políticas públicas de saúde dispostas à população municipal.

Por abarcar vários conceitos, é visível a importância dada a este eixo nos relatórios das CMSPG, tanto de 2009 como de 2011. Na 8ª Conferência, a Atenção à Saúde obteve um total de 52 (cinquenta e duas) ações estratégicas aprovadas, enquanto a 9ª alcançou um número de 73 (setenta e três) ações. Não obstante a dilatação deste eixo (40,3%), sua significância sobre o total de ações nos relatórios analisados é praticamente a mesma, respectivamente, 33,5% e 34%. Em resumo, praticamente um terço de todas as ações es-

neste livro, os quais, todavia, podem ser acessados pela dissertação presente no site da instituição: <https://tede2.uepg.br/jspui/handle/prefix/356>

88 “Refere-se à proteção e à promoção da saúde da população por meio da segurança sanitária de produtos, comercialização e serviços ofertados.” (BRASIL, 2004, p.112).

89 É a ampliação do Programa Saúde da Família (PSF), que visa “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família”, sendo o atendimento “prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais” (BRASIL, 2004, p.85) das equipes da ESF.

90 São pessoas da comunidade que “desenvolvem atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente” (BRASIL, 2004, p.17).

91 É a principal porta da rede de atenção à saúde, formando “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2004, p.21).

92 Os serviços de complexidade média dependem da “disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do País” (BRASIL, 2004, p.71); A alta complexidade “é composta de procedimentos que exigem incorporação de altas tecnologias e alto custo e que não são ofertadas por todas unidades de federação.” (BRASIL, 2004, p.18).

93 Refere-se à promoção da saúde para grupos com características biológicas, sociais e/ou ambientais particulares, como negros, indígenas, trabalhadores, gestantes, crianças, idosos, dentre outros.

94 Não se enquadram nas outras categorias, sendo relativos a programas específicos da políticas de saúde, como o Mais médicos ou Saúde nas escolas.

95 Refere-se ao “[...] abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.” (BRASIL, 2004, p.21).

estratégias presentes nos relatórios finais das 8ª e 9ª CMSPG se referem à atenção à saúde, o que é bastante considerável.

Então veja só, primeira coisa, as demandas surgem de acordo com o que a população ou os participantes naquele momento consideram como importantes, relevantes. [...] quando a gente fala que a conferência envolveu os usuários, para ele, para o usuário, o que importa é ter acesso a médico, você ter acesso ao serviço de saúde, você ter acesso à medicamentos; então você vai ver aqui que existem muitas ações que estão voltadas a isso. Fala lá da atenção à saúde, vigilância à saúde, atenção básica, agente comunitário de saúde, saúde da população específica, programas específicos e vários destes pontos aqui são relacionados a isso. (COMS09)

Dentre os sete eixos operacionais, a Atenção à saúde é realmente o mais amplo, visto que abarca desde a porta de entrada do SUS até os serviços mais complexos ou descentralizados, de modo a, realmente, tornar-se um dos principais focos de discussão. Relacionar a Atenção à Saúde direta e somente à atuação dos usuários, porém, seria um equívoco, já que, apesar de o eixo operacional em questão ter ficado praticamente estável de uma CMSPG para outra, o número de usuários nelas foi muito diverso – se em 2011, a significância de usuários presentes frente aos demais foi de 45,1%, em 2009 tinha sido de apenas 22,1%. Tal situação demonstra que não somente os usuários dependem das ações da Atenção à saúde, mas também os demais segmentos, haja visto que, eventualmente, seus sujeitos também se utilizam dos serviços do SUS, além de possuir interesses correlatos a estas ações.

A concentração de ações estratégicas na Atenção à saúde é, portanto, reflexo das necessidades da política de saúde pontagrossense como um todo, seja em razão de problemas recorrentes ou até mesmo por demandas não resolvidas. No primeiro caso, temos o exemplo das ações referentes às zoonoses, constantes em ambos os relatórios finais (PONTA GROSSA, 2009b; PONTA GROSSA, 2011b), que sempre preocupam o município, principalmente, em face dos casos de dengue e infestações de escorpião por toda a 3ª Regional de saúde.

Quanto aos problemas não resolvidos, há no relatório da 8ª CMSPG a seguinte ação: “Liberar, urgente o serviço de diagnóstico e tratamento oncológico pediátrico em Ponta Grossa, uma vez que somos credenciados e o parecer do MS não foi proibitivo” (PONTA GROSSA, 2009b). E no relatório da 9ª CMSPG, há esta ação: “Implantação de serviço de oncologia pediátrica na UNACON (unidade de atendimento de alta complexidade em onco-

logia)” (PONTA GROSSA, 2011b). Entre as CMSPG, portanto, nenhuma atitude foi tomada para promover o atendimento oncológico pediátrico, apesar de o município estar credenciado para tanto desde 2009.

Se a repetição de ações caracterizou parte deste eixo operacional, o aumento expressivo de ações relativas à Atenção Básica também chama a atenção, conforme explica a superintendente da SMS em 2011:

Foi um dos próprios pedidos, um dos próprios anseios da população, foi diagnosticado em 2009, posteriormente em 2011, essa preocupação da pauta de atendimento na atenção básica. Foi em virtude dessa situação, dessa bomba que estourou, desse déficit de recursos, dessa centralização do atendimento nos dois hospitais, que, de certa forma, estavam redirecionando, sugando os recursos existentes para estes dois hospitais. Estavam desequilibrando a balança. Houve um anseio da sociedade em dizer “não, mas se eu não tenho médico no posto de saúde, lógico que eu vou passar mal. Eu tenho que ir para o hospital, tenho que ir para algum lugar. Eu estou passando mal.” (grifo nosso) (GOV11)

Como se verifica pelas ações estratégicas dos relatórios finais das CMSPG, em 2011, a preocupação com a atenção básica foi, realmente, muito maior. Se em 2009 (PONTA GROSSA, 2009b), as ações referentes ao PSF eram poucas, no relatório seguinte (PONTA GROSSA, 2011b), tais ações tomaram boa parte deste eixo, uma conquista da 9ª CMSPG, inclusive com o pedido de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), inexistente no relatório anterior. Porém, o próximo eixo, Gestão do SUS, apesar de mais técnico e logístico, também possui grande presença nestes documentos, como há de se verificar.

O eixo **Gestão do SUS** refere-se à operacionalização e administração do SUS, relacionando-se com o mencionado Pacto de Gestão. É de responsabilidade conjunta e descentralizada “da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que, por meio dos seus órgãos gestores, utilizam vários instrumentos de gestão objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde” (BRASIL, 2004, p.55), sendo composto, nesta pesquisa, pelas sub-eixos Administração e Planejamento⁹⁶, Financiamento⁹⁷ e Trabalho no SUS⁹⁸.

⁹⁶ Referem-se à “organização, elaboração de planos e políticas públicas e governamentais, ao conjunto de normas e funções regidas por princípios e práticas administrativas, gestão, planificação e gerência” (BRASIL, 2004, p.107).

⁹⁷ Compreende o custeamento da política pública de saúde, no caso municipal, seja através do repasse de verbas federais ou estaduais, ou mesmo aplicação da receita municipal.

⁹⁸ Engloba as condições de trabalho dos profissionais da saúde pública, incluídos aqui remuneração, jornada de trabalho, riscos ocupacionais, eventual plano de carreira, dentre outras ações.

A Gestão do SUS, portanto, corresponde ao planejamento e à organização de toda a complexa estrutura sanitária municipal, no caso de Ponta Grossa. Suas ações constroem na prática o arcabouço institucional desta política social, concretizando as bases para a prestação da atenção à saúde, anteriormente explicitada.

Este foi um eixo que se mostrou expressivo na composição dos relatórios finais das CMSPG de 2009 e 2011, totalizando, respectivamente, 38 (trinta e oito) e 52 (cinquenta e duas) ações estratégicas. De modo semelhante ao ocorrido no eixo da Atenção à saúde, no da Gestão do SUS, há um aumento considerável (36,8%) do número de ações propostas, que, apesar disso, não reflete uma maior significância destas em relação ao total. Assim, se na 8ª CMSPG, as ações do relatório final respondiam por 24,5% de todas as ações, o documento derradeiro da 9ª demonstrou que tal eixo continuava a representar praticamente o mesmo montante, 24,2%.

Os principais interessados nestas ações estratégicas são os trabalhadores da saúde e os prestadores de serviços, já que este eixo reflete suas próprias condições de trabalho. Assim, em ambos os relatórios finais encontramos ações que demandam a criação de um plano de cargos e salários para tais sujeitos, e melhores condições de trabalho, comprovando uma precarização na prestação dos serviços tanto em 2009 como em 2011. Na 8ª CMSPG, a composição favorecia de antemão tais segmentos, pois somados, totalizavam 71 delegados (58,2% do total). Porém, na 9ª CMSPG, a soma destes se reduziu para 23 delegados (28% do total), o que nos leva a duas hipóteses: que este eixo também possui outros interessados e/ou a força impositiva destes segmentos é bastante grande.

Em relação à primeira, a mera análise das ações que compõem tal eixo evidencia a amplitude da Gestão do SUS, visto que não se refere apenas ao trabalho no sistema de saúde, mas também à avaliação de resultados deste trabalho (ex: definição e verificação de metas). A falta de um sistema avaliativo objetivo, bem como as ações estratégicas de ambos os relatórios requerendo sua efetivação, evidenciam uma falha no próprio entendimento do trabalhador

[...] sobre seu processo de trabalho e dos resultados que esse trabalho permite ou tem permitido produzir.

Mas para o trabalhador ter essa consciência, se o que ele está produzindo é o que

realmente é necessário, ele precisa de um suporte dos setores de informação da secretaria de saúde, para contextualizá-lo nisso. Mas as informações que são geradas hoje se constituíram por um processo histórico que alimentava um sistema financeiro-produtivista (quanto eu fiz de procedimento significava o quanto eu iria receber do governo federal ou estadual) ou um sistema de doenças infecciosas (que no passado foram as grandes preocupações das esferas de saúde), mas em nenhuma delas havia um retorno dessas informações para que os trabalhadores pudessem saber o que produziam. (DGOV09)

Esta barreira no fluxo de informações termina por comprometer a própria função avaliativa e, também, a propositiva das CMSPG no tocante a este eixo. Ademais, a Gestão do SUS engloba ações sobre orçamento e estrutura física (ex: câmeras de vigilância), comprovando sua conexão com os gestores e usuários.

Mas é a força impositiva de certos segmentos na Gestão do SUS que mostra as relações díspares de poder. Segundo o presidente do COMSAÚDE em 2011,

As ações da Gestão do SUS, elas vêm mais do próprio trabalhador. Ele sente na carne, ele traz essas propostas. [...] Porque na gestão do SUS, na melhoria no sistema do SUS, o trabalhador 'puxa a sardinha para o lado dele'. A gente sabe que ele 'puxa a sardinha para o lado dele', mas essa proposta, a gente sabe que essa proposta é bem mais ou menos. Mas se bem detalhada e bem montada, o trabalhador vai estar satisfeito no seu local de trabalho, e vai atender melhor o usuário. Certo? E quando ele não está bem satisfeito, quem sofre somos nós. (grifos nossos) (COMS11)

No depoimento acima, fica manifesta a constituição das relações de poder formadas nas CMSPG, pois, ainda que inconscientemente, o trabalhador da saúde e/ou prestador de serviços acaba por dominar o usuário, forçando-o a “ir junto” com ele, votando a favor ou contra uma ação que beneficie em primeiro lugar o segmento com presença ou influência hegemônica neste espaço.

Tal depoimento, inclusive, se conecta com outro citado, do mesmo entrevistado (COMS11), no qual ele disse ter testemunhado algumas vezes que, ao votar, “o representante do gestor [...] olhava para trás, para ver quem estava votando com ele, e a gente via, pessoa do segmento usuário votando para o gestor”. São, portanto, relações de poder, nas quais, em geral, é o representante dos usuários o subjugado, seja por não lhe ser oferecida capacitação específica para compreender o processo, seja por sua entidade receber verba do governo, por receio de uma ofensiva qualquer ou outros vários possíveis motivos. Na prática, o empoderamento dos delegados nas CMSPG, em especial dos representantes

dos usuários, mostra-se incompleto.

Entre os segmentos, na conferência, as articulações ocorrem pelo diálogo. Normalmente, quem consegue, digamos, convencer a outra parte menos tecnicamente apta a dialogar ou apta a contestar, acaba vencendo mais facilmente.” (grifo nosso) (GOV11).

A paridade entre o segmento dos usuários e os demais, apesar de ter se aproximado da previsão legal na 9ª CMSPG, não significou paridade política, comprovando a busca, interna às CMSPG, pela hegemonia. São, afinal, elementos que caracterizam as relações participativas na política de saúde pontagrossense, o que vai ao encontro da perspectiva de que o poder é, de fato, relacional.

O “*empowerment*” comunitário (social) pode nos instrumentalizar, por exemplo, para o delineamento de ações que tenham por objetivo a superação da desigualdade de poder que predomina na relação entre profissionais e usuários.

Sugere-se, aqui, trabalhar com uma noção de parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades no lugar da relação hierárquica que confunde o trabalhador com o provedor de serviços e o usuário com o cliente.

A incorporação desta categoria às práticas assistenciais demanda que novos modos de se fazer saúde incorporem, como diretriz, uma postura que encare os usuários na sua singularidade de sujeitos portadores de direito em substituição a uma perspectiva que os entende como suplicantes e beneficiários dos serviços de saúde. (CARVALHO, S. R., 2005, p.158)

Diante dos vários interessados neste eixo e, talvez mais, em face das relações de poder constituídas, a presença de ações da Gestão do SUS nos relatórios finais das CMSPG não tenha sido muito diversa, em termos comparativos.

Tal situação, contudo, não é a mesma do terceiro eixo, cujas propostas referem-se à **Política de Saúde**. Sua caracterização se dá pela atuação prática dos princípios básicos que servem de fundamento ao SUS. Trata-se do arcabouço de sustentação da política de saúde como um todo, subdividindo-se segundo os sub-eixos assim categorizados: Universalidade e Integralidade⁹⁹; Hierarquização e Regionalização¹⁰⁰; Intersetorialidade¹⁰¹; e Humanização e Capacitação¹⁰².

⁹⁹ Vide princípios 1 e 2 do SUS, do capítulo 2.2.

¹⁰⁰ Vide princípio 5 do SUS, do capítulo 2.2.

¹⁰¹ É o “desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis, e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.” (BRASIL, 2004, p.66).

¹⁰² Complementares entre si, a prática atual de saúde pública visa aproximar os conceitos de humanização e capacitação. Assim, a capacitação refere-se à formação especializada, como, por exemplo, “carreira de profissionais em saúde, desenvolvimento de recursos humanos em saúde, educação à distância, educação permanente, formação e capacitação em saúde, política de recursos humanos, etc.” (BRASIL, 2004, p.112). E, por sua vez, a humanização “resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano” (BRASIL, 2004, p.62), qualificando a capacitação do profissional de saúde.

Dos sete eixos analisados, este foi o único que teve uma redução tanto no número de ações propostas, como na porcentagem que estas representam do total. Numericamente similares, com 23 (vinte e três) e 25 (vinte e cinco), as ações relativas à Política de Saúde nos relatórios finais das 8ª e 9ª CMSPG não resultaram em proporcionalidades muito diversas, já que referentes a números relativamente baixos. Se na 8ª representavam 14,8%, na seguinte passaram a significar 11,6% de todas as ações. Ainda assim, o número de ações relativas à Política de Saúde em 2011 não pode ser desprezado, pois indica os interesses materializados naquele ano.

No caso deste eixo não há, necessariamente, um segmento que se identifique mais com ele do que os outros, já que, de modo residual, a Política de saúde engloba ações de vários princípios do SUS, refletindo interesses de todos os segmentos.

Como observados no demais eixos, aqui também há repetição de ações nos dois relatórios finais, ainda que em menor grau, sendo que esta repetição parece corresponder mais a demandas naturalmente recorrentes (ex: capacitação dos profissionais) do que de problemas não resolvidos pela Administração. Assim, em geral, são ações já conhecidas dos participantes das CMSPG, pois referentes a princípios já bem estabelecidos e fundamentados no sistema de saúde.

A Participação da comunidade é o quarto eixo operacional e, de forma resumida, traduz-se na

[...] garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nos diferentes níveis de governo (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008, p.441).

O presente eixo é reflexo do discutido no capítulo 1.3, sobre a Democracia Participativa, englobando, no relatório final das conferências, as ações estratégicas referentes aos sub-eixos operacionais do COMSAÚDE¹⁰³; das CMSPG¹⁰⁴; dos Conselhos Locais¹⁰⁵;

¹⁰³ Vide capítulo 2.3.

¹⁰⁴ Vide capítulos 2.3 e 3.2.

¹⁰⁵ São órgãos que servem de apoio ao Conselho Municipal, especialmente através das Unidades Básicas de Saúde, tendo surgido, em Ponta Grossa, em regiões onde o Programa Saúde da Família já havia se instalado (LUIZ, I. C., 2007, p.126).

da Ouvidoria¹⁰⁶; e Gestão Participativa¹⁰⁷. Como um todo, este eixo revela a disposição das CMSPG em empoderar a própria instância participativa. Na 8ª CMSPG, por exemplo, a Participação da comunidade incluía apenas 5 (cinco) ações, ou seja 3,2% do total, fato comentado pelo delegado do governo de 2009:

Participação da comunidade é um tema em si de complexidade enorme e de baixíssima discussão na sociedade. O entendimento de cidadania, direitos, papel do estado e papel dos indivíduos nessa sociedade é muito superficial. A baixa quantidade de ações me mostra isso. Não acredito que seja uma dificuldade do setor saúde, mas um desafio de toda nossa geração. Como propor ações de participação da comunidade se não se pensa/problematiza que participação é essa que queremos? De que forma ela pode ocorrer? (DGOV09)

O relatório final desta 8ª CMSPG previa ações de participação que não tinham relação direta com as instâncias participativas ou com o Governo, como promover o envolvimento de pacientes na prevenção de doenças. A única ação relativa ao COMSAÚDE era a genérica “Ampliar a participação popular nos conselhos locais através dos conselhos municipais” (PONTA GROSSA, 2009b).

Em resumo, os sujeitos participantes da CMSPG de 2009 poderiam ter tentado aproveitar mais as potencialidades desta instância participativa, aprovando mais ações que se relacionassem com o próprio empoderamento.

Uma coisa é acampar nos espaços do poder e usar seus recursos para racionalizar e modernizar os sistemas, outra coisa é agir, valendo-se do poder e de eventuais cargos ou recursos de autoridade formal, para fortalecer e politizar as organizações. (NOGUEIRA, 2011, p.248)

Pode-se dizer que a participação social é dificultada nas CMSPG pelo baixo aproveitamento, no que se refere a este eixo, dos sujeitos que as compõem. A hegemonia “opera não apenas sobre a estrutura econômica e sobre a organização política da sociedade, mas também sobre o modo de pensar, sobre as orientações ideológicas e inclusive sobre o modo de conhecer” (GRUPPI, 2000, p.03). E a retórica neoliberal explora “a insatisfação e a desconfiança existentes na sociedade brasileira com respeito ao conjunto das instituições e das ações públicas, ajudando a desvalorizá-las junto à sociedade” (DURIGUETTO, 2007, p.176).

¹⁰⁶ Órgão para o qual qualquer cidadão ou entidade pode recorrer, caso seja afetado “por políticas, normas, procedimentos ou atividades adotadas pelo SUS, assim como decisões, erros, abusos, omissões ou imprudências práticas pelos agentes do sistema de saúde” (BRASIL, 2004, p.78)

¹⁰⁷ Conceito aqui utilizado de modo residual, que abriga outros meios que não os relacionados, vias ou instrumentos pelos quais se dá a participação social na saúde.

Na 9ª CMSPG, como relatado, esta retórica foi sentida nas ausências do Prefeito e do Secretário de Saúde, o que trouxe ao presente eixo uma nova ação estratégica, qual seja: “Que os responsáveis pela gestão pública no município (secretário de saúde e prefeito municipal) sejam obrigados a participar do processo da conferência Municipal de Saúde” (PONTA GROSSA, 2011b)¹⁰⁸.

Assim, não nos parece coincidência, que, ao contrário de 2009, a CMPSG de 2011 buscou garantir, em tal eixo, a atuação efetiva das CMSPG e do COMSAÚDE, por meio de ações que os articulassem à Administração. Tais ações, a serem retomadas no capítulo seguinte, propunham, por exemplo, que

- O município deve garantir a funcionalidade do Conselho Municipal de Saúde, dentro da legalidade conforme a lei 8142/90, 8080/90 e resolução 333/03; [...] - Que o conselho municipal de saúde tenha como prioridade a luta pelo cumprimento, por parte do gestor, das propostas previstas nos relatórios da 8ª e 9ª Conferência municipal de Saúde de Ponta Grossa. (PONTA GROSSA, 2011b)

No relatório final desta CMSPG, as ações estratégicas da Participação da Comunidade aumentaram para 12 (doze), acompanhando o aumento total de ações, porém sem grandes alterações na porcentagem deste eixo (5,2%). Mesmo com pouca significância, porém, tal eixo se mostrou mais propositivo no relatório final da 9ª CMSPG do que o anterior, buscando estreitar laços com a Administração, ainda que de maneira forçada, já que o Governo não se mostrou igualmente participativo.

O quinto eixo, **Educação e Informação em Saúde**, reflete o conhecimento construído através ou de meios de comunicação de massa “voltados a divulgação de produtos, serviços, ações preventivas e identificação de riscos relacionados à saúde”, ou de meios educativos, referentes às “formas de organização da sociedade no enfrentamento de seus problemas de ausência de atenção à saúde e ao meio ambiente” (BRASIL, 2004, p.111). Não se trata, portanto, de educação e informação dos prestadores de serviços de saúde, o que caracteriza o sub-eixo humanização e capacitação, referente à Política de saúde.

Por visar a partilha de educação e informação com a sociedade civil, este eixo relaciona-se ao anterior, que visa partilhar relações de poder. Porém, os dois eixos se dife-

108 Além disso, a 9ª CMSPG aprovou também a seguinte moção (não contabilizada como ação estratégica): “Moção de Repúdio à ausência do gestor Municipal do segmento de saúde mental para debater as questões referentes a este tema, demonstrando a falta de comprometimento e descrença da secretaria de saúde sobre este tema.” (PONTA GROSSA, 2011b).

rencias quantitativamente, pois a CMSPG de 2011 se mostrou mais voltada à instrumentalização da sociedade civil, possuindo 22 (vinte e duas) ações propostas, de encontro a 8 (oito), no ano de 2009. Isso significa que na 8ª CMSPG, as ações deste eixo correspondiam a 5,2% do total, sendo ampliadas na 9ª, para 10,2%.

É um aumento significativo, pois este eixo abarca o fluxo de informações da política de saúde para a Sociedade Civil, por meio de cartilhas, divulgação de resultados, pesquisas de satisfação, enfim, a socialização do conhecimento. Se o número reduzido de ações da Participação da Comunidade indica baixa propensão da CMSPG em se empoderar, o aumento na Educação e Informação em Saúde denota, por outro lado, inclinação, em 2011, de socializar o conhecimento.

Esta socialização de informações básicas de saúde e cuidados preventivos é fundamental, até mesmo para que o SUS seja menos acionado, reservando contingente financeiro e de pessoal para questões de maior importância. Campanhas, panfletos, cartilhas e ações informativas devem, portanto, ser estimuladas pelas CMSPG, apesar de ainda totalizarem baixas porcentagens.

O eixo de **Ciência e Tecnologia em Saúde** concerne, ao contrário do anterior, à divulgação e aprimoramento do conhecimento científico e/ou tecnológico, referindo-se a “investimentos públicos em ciência e tecnologia; desenvolvimento institucional e de formação de pessoal voltados à ciência e tecnologia em saúde; políticas públicas e de gestão em Ciência e Tecnologia” (BRASIL, 2004, p.108).

Ainda que de modo menos disponível ao homem médio, tal eixo também instrumentaliza a Sociedade Civil de conhecimento, ao aproximar instituições de ensino e tecnologia à saúde. E na trilha da maioria dos eixos anteriores, este ostenta uma expansão de ações estratégicas, se comparadas as duas CMSPG. Enquanto a 8ª não apresentou ações no setor, a 9ª formalizou 3 (três) em seu relatório final.

O debate da ciência e tecnologia está muito distante do setor público de uma maneira geral. Pensar em novas formas de gestão, na produção de conhecimento e inovação tecnológica no dia a dia do trabalho está muito longe da realidade do nosso sistema de saúde e da própria sociedade. Isso pela própria forma que ciência e tecnologia é pautada em nosso país, no qual as universidades tem um papel estratégico em reproduzir esse modelo. (DGOV09)

De fato, o pensamento mais conjuntural, que abarque prestação dos serviços à pesquisa científica, avaliação das políticas de saúde a trabalhos acadêmicos, e assim por diante, não parece ser uma das metas das CMSPG. Dentre outras possibilidades, tal situação parece indicar uma falta de comunicação entre a esfera acadêmica/tecnológica e a participativa, ou mesmo a não inserção dos sujeitos de um ambiente no outro, dificultando eventuais debates e trocas de informações.

O último eixo, denominado **Outros**, tem caráter residual, pois compreende ações não acolhidas pelos eixos anteriores, como as não ligadas diretamente ao SUS e/ou à saúde propriamente dita. Os relatórios finais das 8ª e 9ª CMSPG se assemelham neste setor, apresentando 28 (vinte e oito) e 27 (vinte e sete) ações estratégicas, que representam 18% e 12,5% deste eixo nos respectivos relatórios.

Em ambos os relatórios, tais porcentagens colocam este eixo em terceiro lugar de significância. E isto é preocupante, pois, em sua grande maioria, tais ações versam sobre temas relativos ao meio-ambiente e planejamento urbano, ou seja, ações que não deveriam, em tese, ser propostas pelas CMSPG.

“Não adianta ter proposta, por exemplo, que saiu em 2009 – você pode ter visto – ciclovias no município de Ponta Grossa. Não é a Saúde que faz ciclovias. Como é que vai pôr no Plano Plurianual, PPA, ciclovias no município? Quem faz isso é a Secretaria de Planejamento.” (COMS11)

A grande presença destas ações estratégicas, em ambos os relatórios finais estudados, indica uma falha na percepção de qual o objetivo na proposição de tais ações, que é, afinal, formular a política de saúde. E não se trata apenas de ações estratégicas relativas a ciclovias, mas, igualmente, outras que tratam de economia solidária na agricultura familiar, reforma agrária, educação no trânsito etc.

Mas a saúde pública é igualmente formada por variáveis não ligadas diretamente à política de saúde em si, como alimentação, controle de animais e cuidado com o meio ambiente. Todavia, por analogia, a educação também depende de ruas pavimentadas para que o aluno chegue à escola, mas não é a Conferência Municipal de Educação a instância que deve se preocupar com tal situação. Neste sentido, Moroni aponta a necessidade de uma melhor articulação das várias instâncias participativas, as quais possuem objetivos diferenciados, mas todos voltados para a consecução das políticas públicas. Segundo o

autor, é preciso

Estabelecer comunicação e relação política entre os diferentes espaços – conselhos e conferências –, que até agora têm permanecido estanques, verticais, fragmentados e sem ligação. Como a Conferência das Cidades, por exemplo, comunica-se com a questão da criança, com a questão da segurança, com a questão do meio ambiente? O desafio é como o reconhecimento da riqueza da multiplicidade dos sujeitos políticos e de suas “causas” não levem à fragmentação total da luta política. (MORONI, 2009, p.139)

Sem uma articulação entre os espaços que debatem as diferentes políticas públicas municipais, as proposições provindas destas instâncias acabam não possuindo uma fonte específica. Assim, ações que sugiram reforma agrária, ciclovias e educação no trânsito podem ser propostas por órgãos diversos e com possibilidade de se chocarem. Tais ações estratégicas, desconexas da política municipal de saúde, acabam por prejudicar uma redação coesa do relatório final das conferências em geral, inclusive das CMSPG.

Ocorre também que as propostas resultantes do plenário, durante o processo de debate, de relatoria e de aprovação perdem um pouco de seu sentido original. É um processo saturado por contradições, uma vez que muitas reivindicações estão aquém dos princípios constitucionais em relação aos direitos sociais e aos de saúde, outras são contraditórias em relação aos princípios de universalidade e integridade por priorizarem necessidades de determinados grupos sociais ou interesses corporativos (KRÜGER, 2005 *apud* KRÜGER, 2009)

Assim, o delegado do segmento do governo em 2009 questiona o seguinte:

Que ações interessam em uma conferência de saúde? O que pretendemos com essas ações? Parecem perguntas óbvias, mas são perguntas as quais os participantes das conferências não fazem previamente, gerando propostas de ações que não vão de encontro à proposta da conferência. Talvez a pergunta inicial seja, o que pretendemos com essa Conferência? (DGOV09)

A incidência considerável de ações no eixo Outros denota que boa parte dos relatórios finais das CMSPG não corresponde diretamente à política de saúde e, portanto, a primeira pergunta do entrevista – “Que ações interessam em uma conferência de saúde?” – não é devidamente respondida pela própria conferência.

E se o aspecto quantitativo do eixo Outros evidencia certa confusão quanto às ações estratégicas das CMSPG, a redação destas é outro indicativo da situação. Ambos os relatórios finais analisados apresentam várias ações repetidas (não entre eles, mas nos mesmos relatórios) e, além disso, grande parte de suas ações não têm metas a serem cumpridas, prazos estabelecidos ou mesmo objetivos claros.

O relatório da 8ª CMSPG trazia, dentre outras, tais ações: “Humanização no atendimento ao usuário; Melhorar a qualidade na Atenção Básica; Capacitação dos profissionais; Melhorar a saúde do trabalhador do nosso Município.” (PONTA GROSSA, 2009b). Já o relatório da 9ª CMSPG, apesar de conter uma redação melhor e uma divisão temática mais clara das ações, possuía muitas ações genéricas, como: “Garantir a todo o cidadão acesso aos serviços de saúde conforme a lei Federal; Garantir melhoria no saneamento básico nos bairros” (PONTA GROSSA, 2011b).

Assemelhando-se neste ponto, os relatórios finais da 8ª e da 9ª CMSPG diferem-se, como exposto, na sua conexão com os planos de governo, sendo que o relatório final daquela serviu de base para o plano plurianual de 2010-2013, enquanto que o plano municipal de 2012 se baseou no relatório desta.

Em tese, o relatório da 8ª CMSPG deveria trazer mais ações, abarcando os quatro anos seguintes, e o da 9ª tentaria materializar demandas pontuais, já que serviria de referência apenas para o próximo ano. Portanto, o mais provável é que o documento final de 2009 trouxesse mais ações estratégicas, enquanto que o de 2011 fosse reduzido. Porém, não foi o que ocorreu, segundo os dados levantados.

Tabela 5 – Número de ações estratégicas de cada eixo operacional, e significância destes números sobre o total de ações propostas nas 8ª (2009) e 9ª (2011) CMSPG.

Eixos operacionais	Nº de ações estratégicas dos Relatórios Finais	
	Ações do Relatório Final da 8ª CMSPG (significância)	Ações do Relatório Final da 9ª CMSPG (significância)
Atenção à Saúde	52 (33,5%)	73 (34%)
Gestão do SUS	38 (24,5%)	52 (24,2%)
Política de saúde	23 (14,8%)	25 (11,6%)
Participação da comunidade	5 (3,2%)	12 (5,6%)
Educação e informação em saúde	8 (5,2%)	22 (10,2%)
Ciência e tecnologia em saúde	0 (0%)	3 (1,4%)
Outros	28 (18%)	27 (12,5%)
Total	155 (100%)	215 (100%)

Fonte: Organizada pelo autor, a partir dos dados coletados nos relatórios finais das 8ª e 9ª Conferências Municipais de Saúde de Ponta Grossa (PONTA GROSSA, 2009b e 2011b).

As ações estratégicas da CMSPG de 2009 resultaram em 155 (cento e cinquenta e cinco) proposições, enquanto a de 2011 contou com 215 (duzentas e quinze). É um salto quantitativo da ordem de 38,7%, mais de um terço. Contudo, a significância das ações es-

tratégicas, quando comparados os relatórios em questão, não teve mudanças expressivas (exceto no que se refere ao eixo da Educação e Informação em Saúde). E mesmo o escalonamento dos eixos operacionais, segundo sua significância, é o mesmo em ambos os relatórios: 1. Atenção à Saúde; 2. Gestão do SUS; 3. Outros; 4. Política de saúde; 5. Educação e informação em saúde; 6. Participação da comunidade; 7. Ciência e tecnologia em saúde.

Tal situação sugere duas hipóteses: a configuração das demandas, necessidades e interesses do Poder Local atuante nas CMSPG não mudou no período entre elas; e/ou este Poder Local agiu de forma similar, mesmo conectado de modo diverso aos planos plurianual e anual, além de suas composições distintas em 2009 e 2011. A repetição de várias ações estratégicas nos dois relatórios finais, bem como a significância bastante semelhante dos eixos operacionais de tais documentos parecem indicar, possivelmente, como autênticas ambas as hipóteses. Por outro lado, a ampliação das ações estratégicas evidencia uma tentativa por parte das CMSPG de se afirmarem diante da Sociedade Política, tentativa esta corroborada pelas ações do eixo Participação da Comunidade, no relatório da 9ª CMSPG.

No próximo capítulo, iremos analisar esta tentativa de inserção do Poder Local, por meio da materialização de seus interesses, verificando a inclusão, ou não, das ações estratégicas dos relatórios das CMSPG nos planos municipais de saúde.

3.2.4. A materialização política das conferências de saúde nos planos municipais de governo (período posterior).

Uma vez finalizado o relatório final da CMSPG, este é enviado à SMS, para que este órgão da Administração Pública, sob fiscalização do COMSAÚDE, elabore o plano de governo para tal setor. Sob o ponto de vista participativo municipal, há uma atuação triangular no processo de formulação da política de saúde:

- As Conferências Municipais de Saúde, a cada quatro anos (no caso de Ponta Grossa, a cada dois anos) avaliam a situação da política de saúde e geram seus relatórios finais, dotando-os de ações estratégicas para este setor;

- A Secretaria Municipal de Saúde também analisa a política de saúde e concebe ações para executar neste setor, porém o faz de modo contínuo. E, assim, baseada no

relatório da Conferência e em suas próprias análises e propostas, anual e quadrienalmente formula, respectivamente, o plano anual e o plurianual de saúde;

- O Conselho Municipal de Saúde, por fim, fiscaliza a gestão municipal da política de saúde, verificando se o plano está sendo devidamente cumprido.

As Conferências são apenas uma parte de um processo de construção da política de saúde. Elas têm um papel fundamental na organização e definição de prioridades, mas entre uma conferência e outra, muita coisa deve ser feita pelo controle social [gerido, principalmente, pelo Conselho]. Todo um acompanhamento e estruturação daquilo que foi definido na conferência deve ser continuamente realizado. (DGOV09)

A gestão participativa, por isso, precisa estar revestida de força e de iniciativa suficientes para dirigir, coordenar e impulsionar o processo de formulação, implementação e avaliação de políticas, tanto quanto para garantir a qualidade dos serviços públicos. Quer dizer: precisa ser capaz de pensar o Estado e de valorizar o espaço público democrático. (NOGUEIRA, 2011, p.151)

O processo de materialização política das ações estratégicas dos relatórios finais das CMSPG nos planos administrativos propicia uma conexão entre tais esferas, alargando o Estado, com o objetivo de torna-lo além de Ampliado, um Estado substancialmente Democrático de Direito. Porém, os participantes das CMSPG não se encontram em igualdade de condições, seja pelo desnível de suas capacitações, diferenças de formação, vivências, fatores socioeconômicos, dentre outras variáveis. Mas reunidos no mesmo espaço, os delegados das CMSPG têm chance de exporem suas demandas e interesses, assim como seus porquês. E esta heterogeneidade está, em maior ou menor grau, refletida no próprio relatório final desta instância.

Ocorre que, ao ser expedido pelo COMSAÚDE, o relatório final, tanto da 8ª como da 9ª CMSPG, é encaminhado à SMS, outro órgão – desta vez, puramente administrativo –, no qual também há uma parcela de sujeitos ligados à política de saúde. Entretanto, o poder atuante na SMS é mais burocrático e homogêneo do que o presente nas conferências, sendo praticamente inevitável o confronto de tais realidades no processo de materialização das ações das CMSPG.

As CMSPG podem ser entendidas como um dos pontos iniciais da política municipal de saúde, já que é desta instância (mas não unicamente dela) que demandas e interesses, por meio de seus representantes, são vocalizados num processo coletivo. Ocorre que so-

mente a vocalização destes pleitos não é o bastante, devendo ser, primeiramente, incluídos no relatório final das CMSPG, como visto no capítulo antecedente. E o próximo passo, para que tais demandas integrem a agenda governamental, é a inclusão destas nos respectivos planos da Administração Pública (a ser analisado nesta categoria). Tal processo é, enfim, o que denominamos de materialização política das ações estratégicas das CMSPG.

Desse modo, o processo de democratização do setor saúde vem contribuindo (via Conferências e Conselhos de Saúde) nas três esferas de governo, ainda que de maneira incipiente, para o fortalecimento do regime democrático da sociedade brasileira, ao possibilitar a ampliação da relação da sociedade civil com as instâncias do executivo e mais timidamente com o legislativo e judiciário. (KRÜGER, et. al., 2011, p.509)

Quando perguntados sobre o caminho tomado pelas ações dos relatórios finais, dois depoimentos foram bem divergentes, apesar de provindos de gestores. O delegado do segmento do gestor em 2009, e coordenador do PSF, afirmou:

Não lembro de existir um caminho. Não lembro de que exista efetivamente uma cobrança. Todo o documento parece ser deslegitimado pelo próprio processo que o elaborou. Não existem mecanismos contínuos de tornar o relatório [final das CMS-PG] um agente transformador, efetivamente. (DGOV09)

A própria legislação (PONTA GROSSA, 1991; BRASIL, 1990b) prevê, todavia, que o Conselho de Saúde correspondente, no caso o COMSAÚDE, fiscalize esta formulação, pela SMS, do plano municipal de saúde. A superintendente da SMS em 2011 detalha o processo de materialização das ações das CMSPG, incluindo a atuação do COMSAÚDE, mas somente no final dele.

Bom, depois que é feito o relatório final [da CMSPG], ele [...] vai para as gerências especializadas [da SMS], e elas vão analisar cada proposta, e [...] vão adaptar cada uma das ações para dentro do plano municipal de saúde, o máximo de ações possíveis dentro daquelas que estavam ali.

E aí elas têm prazo estabelecido, dentro do prazo do gestor, para que tragam para as coordenações, e as coordenações trazem para a superintendência, e depois para o secretário as análises de cada uma daquelas propostas estabelecidas nas plenárias. O que é possível, dentro das propostas, se adaptar aos serviços e aos planos que já são existentes ou que se possa criar dentro desse orçamento que se tenha, e daí é colocado dentro do plano. O que não é possível eles já trazem com as justificativas, o que com certeza no final do ano, quando não é possível realizar, a gente tem que justificar. Ou, quando é possível realizar parcialmente, tem que justificar também porque não foi realizado 100%. Então já vem parcialmente ou não é possível; tem coisas que não são exequíveis, né? Algumas coisas, infelizmente, no exercício não é possível fazer. E daí, depois que essas análises vêm, são feitas as reuniões com o secretário, e eles são encaminhados para o núcleo normalmente, algo específico, que faz de acordo com o que essas gerências estabelecem, e o

plano municipal vai ser encaminhado pro conselho. (grifos nossos) (GOV11)

O depoimento prova que a formulação do plano municipal de saúde é interna à SMS, ainda que tenha no relatório final da CMSPG uma de suas fontes. Ocorre que entregue tal relatório, o plano municipal de saúde segue os meandros burocráticos da gestão administrativa, com suas coordenações, gerências especializadas, superintendências e gabinete do secretário¹⁰⁹. Somente após completado tal procedimento, o plano municipal – finalizado, vale dizer – é enviado ao COMSAÚDE.

Pelo exposto, ao contrário do capítulo anterior, no qual era possível identificar, de certo modo, a atuação dos segmentos nos eixos operacionais que mais lhes correspondiam, na análise dos dados deste capítulo tal verificação se torna mais difícil. E isso ocorre porque, neste momento, além da influência dos sujeitos e segmentos das CMSPG, há que se atentar para a disposição e a capacidade da SMS (Administração Pública) em materializar em seus planos de governo as demandas e os interesses dispostos nos relatórios das CMSPG.

Quando apresentadas, aos entrevistados, as taxas de materialização das CMSPG, os depoimentos variaram, no sentido de alguns responsabilizarem a SMS pela situação, enquanto outros indicaram dificuldades na consideração de certas ações dos relatórios finais das CMSPG.

No caso da SMS, sua composição é de servidores públicos, os quais, em teoria, têm sua atuação pautada segundo os princípios legais da supremacia do interesse público sobre o privado¹¹⁰, e o da legalidade¹¹¹, obstando, em teoria, até mesmo a influência dos segmentos dominantes nas CMSPG sobre a atuação administrativa.

Por exemplo, no que se refere ao eixo da Atenção à Saúde, apenas 13 (treze) ações da 8ª CMSPG foram incluídas no plano plurianual 2010-2013, enquanto que na CMSPG

¹⁰⁹ Os grifos, entretanto, indicam a necessidade da SMS fundamentar a não inclusão ou mesmo inclusão parcial de certa ação estratégica. Ocorre que nossos pedidos para o COMSAÚDE de tais justificativas por parte da SMS restaram infrutíferos, com a alegação de que estas fundamentações não são repassadas em documento próprio, mas nas reuniões do COMSAÚDE (porém, também não encontramos tais justificativas pelos gestores nas atas das reuniões deste colegiado).

¹¹⁰ “O princípio da supremacia do interesse público sobre o interesse privado é o princípio geral de Direito inerente a qualquer sociedade. [...] Ora, a Administração está, por lei, adstrita ao cumprimento de certas finalidades, sendo-lhe obrigatório objetiva-las para colimar interesse de outrem: o da coletividade. É em nome do interesse público – o do corpo social – que tem de agir, fazendo-o na conformidade da *intentio legis*. (MELLO, 2010, p.96-98)

¹¹¹ “Com efeito, enquanto o princípio da supremacia do interesse público sobre o interesse privado é da essência de qualquer Estado, de qualquer sociedade juridicamente organizada com fins políticos, o da legalidade é específico do Estado de Direito, é justamente o que o qualifica e lhe dá identidade própria. [...] O princípio da legalidade, no Brasil, significa que a Administração nada pode fazer senão o que a lei determina.” (MELLO, 2010, p.99-105)

seguinte, tal número diminuiu para 12 (doze), correspondendo, respectivamente, a 25% e 16,4% do total de ações materializadas. Sobre tal situação, o presidente do COMSAÚDE em 2009 ponderou que, para haver taxas maiores, é preciso correspondência de interesses entre a CMSPG e a SMS.

Na verdade se a gente olhar os dados que colocam, por exemplo, quando você pega ações que foram colocadas, são 52 ações em Atenção à Saúde [em 2009], foram materializadas 25% disso. Foram treze ações que foram materializadas, é claro que se a gente tivesse um gestor que tivesse mais preocupado com este tipo de ação, poderia ser implantado até os 100%, mas é uma coisa que tem que casar as ações políticas, a ação do gestor com aquilo que a conferência está pedindo [...]. Isso é um problema que a gente vê; que a gestão, a política está indo para um lado e o que a população pede está indo para outro; por isso que a gente verifica uma materialização muito baixa, pelo que se tinha a ser trabalhado. (COMS09)

Nos relatórios finais da 8ª e da 9ª CMSPG, o eixo da Atenção à Saúde foi o que obteve mais ações estratégicas, denotando sua importância para o Poder Local. Mas a sua reduzida taxa de materialização comprova a não concordância da Administração para com tais requisições. No que se refere à CMSPG seguinte, a superintendente da SMS em 2011, reconheceu que este eixo continuava gerando uma quantidade considerável de demandas, as quais obrigavam a Administração a responde-las.

Então o anseio da sociedade, do próprio conselho, que conversou com o gestor, que exigiu do gestor era isso. “Eu quero uma prioridade na atenção básica.” Então a atenção à saúde era um nível primário, era a atenção básica, então foi redirecionada, houve uma mudança de rumo. [...] Era tentar reformular todos os postos no atendimento da atenção básica, reformular o atendimento da cadeia inicial, tentando voltar para que as pessoas tivessem aquele atendimento nos postos de PSF, nos postos principalmente de saúde da família. Ela tinha que ter aquele primeiro atendimento, aquele vínculo com seu médico, evitando que ela chegasse no atendimento a nível de emergência, até porque o atendimento a nível hospitalar é muito mais caro do que o atendimento a nível de posto de saúde. [...] Então a gente tentou ir para esse novo paradigma da atenção básica. Foi sim uma coisa bem complicada. (grifos nossos) (GOV11)

Os pontos sublinhados no depoimento da representante do governo indicam que a priorização sobre a Atenção à Saúde, especialmente no que se refere à atenção primária, não se deu facilmente, até porque o pedido por esta priorização não se deu apenas em 2011. Segundo a presente pesquisa, em 2009 tais pedidos já haviam sido feitos, e pode ser que nos anos anteriores, tal situação também tenha ocorrido.

Ademais, a priorização à atenção primária, do plano anual de Governo em 2012, não se resumiu à materialização das 12 (doze) ações do eixo Atenção à Saúde da 9ª CMS-

PG – até porque apenas 4 (quatro) referiam-se especificamente à atenção primária –, indicando maior presença de ações da SMS nesta reformulação.

Assim como observado nos relatórios finais da CMSPG, a repetição de ações estratégicas é, igualmente, situação comum nos planos de saúde governamentais, comprovando o não atendimento de certas demandas. No caso deste eixo, por exemplo, nos planos de governo analisados, há ações, com praticamente o mesmo texto, as quais requerem a implantação de um programa de zoonoses e a ampliação das equipes de saúde bucal das Equipes de Saúde da Família (ESF) do município.

Se você pegar o plano do ano anterior [o anual de 2012], ele vai alterar muito pouco [em relação ao plurianual 2010-2013]. Vai alterar reestruturação de unidade, ampliação de unidade, ampliação de equipe... você vai verificar poucos serviços novos, até porque a estrutura do atendimento não comporta muito mais serviços novos pela própria dinâmica, que não tem dinheiro pra custear isso. (GOV11)

Esta repetição de ações também é relevante por comprovar que a mera inclusão das ações nos planos de governo não leva, necessariamente, à sua efetivação, ou seja, à sua transformação em políticas públicas. Ainda assim, a materialização nos planos de saúde, aqui examinada, é o primeiro passo para que as demandas nascidas nas CMSPG sejam transformadas em programas de governo ou políticas públicas a serem implementadas junto à população.

Em relação à **Gestão do SUS**, a materialização foi ainda mais preocupante, até porque este foi o segundo eixo operacional com mais ações nos relatórios das CMSPG. E, além disso, ficou comprovada no capítulo prévio, a força dos segmentos dos trabalhadores de saúde e prestadores de serviços. No plano plurianual 2010-2013, tal eixo teve apenas 3 (três) ações inclusas, enquanto que no anual de 2012 somente 5 (cinco), perfazendo, respectivamente, 7,9% e 9,6%.

Segundo o capítulo anterior, uma ação estratégica comum aos dois relatórios finais refere-se aos planos de carreira dos trabalhadores da saúde, demanda antiga – mas, ainda atual¹¹², visto que não cumprida pelo Poder Público, em desrespeito ao artigo 4º da Lei

¹¹² Em 31 de julho de 2013, “O CRM-PR (Conselho Regional de Medicina do Paraná) estimou em 50% a adesão dos médicos do Estado à paralisação iniciada ontem e que terá continuidade hoje, em várias cidades paranaenses. [...] Os médicos pedem a derrubada dos vetos à regulamentação das competências médicas (Lei do Ato Médico) e da MP 62, que instituiu o Programa Mais Médicos, e por mais investimentos do governo federal na saúde – defendidos pelo projeto Saúde+10. Melhores condições de trabalho e criação de um plano de carreira para os médicos do SUS também estão na pauta da categoria. A paralisação teve atos em 16 cidades paranaenses, dentre elas Cascavel, Toledo, Foz do Iguaçu, Londrina, Maringá e Ponta Grossa.” (grifos nossos) (O PARANÁ, 2013).

8.142 (BRASIL, 1990b), que prevê a elaboração de tal regulamento, sob pena de corte na transferência das verbas federais.

Ainda que outros trabalhadores paranaenses não possuam tal plano, a determinante que impossibilita sua implantação não nos parece ser de ordem estadual ou mesmo federal, pois o município detém autonomia para gerar seus próprios planos, segundo dispositivo legal mencionado, reflexo da descentralização política e do pacto federativo. Para a superintendente da SMS em 2011, tal situação decorre de uma problemática orçamentária e não da falta de interesse político:

90% [da não materialização das ações estratégicas da CMSPG decorre da] falta de orçamento, porque acredito que ninguém tem falta de interesse político em atender a população. Isso não existe. Existe a possibilidade de atendimento da população, por mais que determinado projeto não seja, talvez, exatamente como determinado grupo político ou determina cabeça pensante que esteja lá. É possível adaptar, é possível a conversa, é possível você atender a população, que é o objetivo final. Então não existe isso de “não quero atender a população”. (GOV11)

Considerando a Administração ser a mesma no período 2009-2012, a opinião do delegado do segmento da gestão em 2009 é diametralmente oposta:

Não havia uma relação direta do orçamento para a saúde com as prioridades estabelecidas nas conferências. A gestão acabava definindo suas próprias prioridades. [...]

Para que isso mude, seria necessário reduzir a distância da gestão daqueles que prestam a assistência nas unidades de saúde ou hospitais. Mas isso significaria toda uma mudança da máquina pública da forma que a conhecemos hoje. Não mais pautada na eficiência econômico-financeira, mas pautada na resolutividade e efetividade nos aspectos e indicadores da saúde. (DGOV09).

O terceiro eixo mais significativo, segundo os relatórios finais das CMSPG, foi o da **Política de Saúde**, cujo desempenho na materialização das ações da 8ª CMSPG foi de 8,7%, aumentando na seguinte para 24%, o que significou, respectivamente, 2 (duas) e 6 (seis) ações inclusas nos planos correspondentes.

Em ambos os relatórios das CMSPG, boa parte destas ações referiram-se à capacitação dos trabalhadores em saúde e prestadores de serviços. Exemplo desta demanda é a seguinte ação: “Capacitação dos Profissionais e Equipe de Saúde para identificar e atuar nas situações de risco a saúde relacionada ao trabalho assim como para o diagnóstico e agravos a saúde do trabalhador.” (PONTA GROSSA, 2009b). Por outro lado, como em todos os eixos, há também ações mais genéricas, que não apontam procedimentos claros ou

mesmo metas, como “Garantir educação permanente aos profissionais da área de saúde” (PONTA GROSSA, 2011b).

A **Participação da Comunidade** é um eixo cuja materialização pode não ter sido, relativamente, tão considerável no plano plurianual 2010-2013, pois dotada de 20%. Ocorre que tal porcentagem significou que apenas 1 (uma) das ações foi incluída no plano, pois tal eixo continha 5 (cinco) ações no relatório da 8ª CMSPG.

Ainda mais preocupante é a taxa de 0% atingida no relatório anual de 2012, visto que o relatório da respectiva CMSPG continha 12 (doze) demandas neste eixo. Segundo a superintendente da SMS em 2011, tal situação decorre de uma suposta maior importância dos outros eixos operacionais.

Porque com certeza entre todas as ações propostas, dentro da necessidade de você ter um serviço de qualidade pro atendimento do usuário e você ter uma participação da sociedade numa conferência e tal, você dá uma prioridade a ter o remédio, ter o serviço. E a participação, embora importante, ela vai ficar em segundo plano. (GOV11)

Por outro lado, o presidente do COMSAÚDE em 2009 asseverou:

Existiam ações aqui que demandavam recurso financeiro, mas muitas das ações que estavam aqui não demandavam recurso financeiro, demandavam só boa vontade do gestor em organizar o serviço e em reestruturar algumas ações que não deveriam ter sido feitas, então para isso não tem recurso financeiro, não tem preço, na verdade isso requer boa vontade política. (COMS09)

Como visto, as ações estratégicas referentes à Participação da Comunidade nos relatórios das CMSPG demandavam mais uma postura de aceitação do Governo em relação à participação social, do que requeriam verbas públicas. Ainda assim, apenas 1 (uma) das ações deste eixo, de um total de 17 (dezesete) apresentadas nas duas CMSPG, foi materializada. Por se relacionarem diretamente com a pesquisa, quatro das ações não materializadas merecem ser citadas:

- O município deve garantir a funcionalidade do Conselho Municipal de Saúde, dentro da legalidade conforme a lei 8142/90, 8080/90 e resolução 333/03; - Que o conselho municipal de saúde tenha como prioridade a luta pelo cumprimento, por parte do gestor, das propostas previstas nos relatórios da 8ª e 9ª Conferência municipal de Saúde de Ponta Grossa; - Garantir o cumprimento das diretrizes aprovadas nas Conferências e Conselhos Colegiados, pelos responsáveis pela execução das políticas públicas de saúde, através do acionamentos do Ministério Público Estadual e demais Órgãos fiscalizadores; - Garantir e promover amplas condições de divulgação das funções, existência e do trabalho do Conselho Municipal de Saúde.

(PONTA GROSSA, 2011b)¹¹³

Diante de tal cenário, o segundo dos depoimentos colacionados acima parece mais adequado, comprovando a referida falta de “boa vontade política”.

No plano plurianual de 2010-2013, as ações referentes à **Educação e Informação à Saúde** obtiveram alta taxa de materialização (37,5%), mas em parte pela baixa proposição destas no respectivo relatório da CMSPG, apenas 8 (oito), tendo materializado 3 (três) destas. No plano anual de 2012, o número de ações materializadas continuou o mesmo, mas diante do crescimento deste eixo para 22 (vinte e duas) ações no relatório final da 9ª CMSPG, a taxa diminuiu para 13,6%.

O eixo seguinte, da **Ciência e Tecnologia em Saúde**, teve o pior desempenho quantitativo de todos, pois a 8ª CMSPG não propôs ação alguma neste sentido, enquanto a posterior propôs apenas 2 (duas), não conseguindo materializar nenhuma. Segundo o presidente do COMSAÚDE em 2009, “[...] quando a gente fala em ciência e tecnologia e saúde, existia esse tema, existe esse tema para discussão, mas naquele momento não era o ponto chave” (COMS09). Se no tocante a certos eixos, a baixa materialização pode ocorrer por divergências entre as CMSPG e a SMS, há que se reconhecer a homogeneidade destas instâncias em relação à Ciência e Tecnologia em Saúde. Neste quesito, tanto a esfera administrativa quanto a participativa não buscam promover a política de saúde por meio de um conhecimento mais técnico.

E a análise geral das ações das CMSPG materializadas pela SMS, no plano plurianual de 2010-2013 e no anual de 2011, nos permite concluir que a divergência de interesses entre o Governo e as CMSPG é mais comum que a correspondência.

¹¹³ Vale lembrar que o relatório final da 9ª CMSPG também contou com uma moção de repúdio à ausência do prefeito e do secretário da SMS neste colegiado.

Tabela 6 – Comparação da materialização das ações estratégicas das 8ª (2009) e 9ª (2011)¹¹⁴ CMSPG, pela SMS, respectivamente, no plano de governo plurianual (2010-2013) e no anual (2012).

Eixos operacionais	Dados sobre a materialização política das CMSPG			
	Ações da 8ª CMSPG materializadas (do total)	Taxa de materialização da 8ª CMSPG	Ações da 9ª CMSPG materializadas (do total)	Taxa de materialização da 9ª CMSPG
Atenção à Saúde	13 (de 52)	25%	12 (de 73)	16,4%
Gestão do SUS	03 (de 38)	7,9%	05 (de 52)	9,6%
Política de saúde	02 (de 23)	8,7%	06 (de 25)	24%
Participação da comunidade	01 (de 05)	20%	0 (de 12)	0%
Educação e informação em saúde	03 (de 08)	37,5%	03 (de 22)	13,6%
Ciência e tecnologia em saúde	- (de 0)	-	0 (de 02)	0%
Outros	05 (de 28)	17,8%	0 (de 27)	0%
Total	27 (de 155)	17,4%	26 (de 215)	12,1%

Fonte: organizados pelo autor, a partir da coleta de dados dos relatórios finais das 8ª e 9ª Conferências Municipais de Saúde de Ponta Grossa (PONTA GROSSA, 2009b e 2011b), do Plano Plurianual 2010-2013 de saúde (PONTA GROSSA, 2010) e do Plano Anual de 2012 (PONTA GROSSA, 2012).

Confrontado com a tabela acima, o delegado do segmento governamental em 2009 foi peremptório:

O executivo fazia o que considerava importante, sem se importar com as esferas ao redor, a não ser quando era pressionado pelo Ministério Público ou imprensa. Ele basicamente cumpria tabela, independente do que a Conferência apontava. [...] Acredito que por isso costumava-se dizer que o ministério público estava gerindo o SUS melhor que o próprio secretário de saúde. (DGOV09).

Os demais entrevistados, por outro lado, apesar de também culparem a Administração e a divergência de interesses pela baixa materialização, levantaram outros dois pontos: a inexecução de certas ações estratégicas propostas pelas CMSPG, seja pela falta de orçamento ou mesmo pela própria redação imprecisa; e a difícil conexão dos relatórios finais das CMSPG com os planos de Governo.

Em relação à primeira questão, o presidente do COMSAÚDE em 2011 afirmou que várias destas ações:

[...] são inconcebíveis, são propostas lá nas nuvens, que nem disse o promotor lá na plenária. “Vocês fazem proposta, mas não dão prazo, não tem época, não dizem a época pra ser realizada.” E a proposta fica voando. Vai o gestor, se ele resolver, ele vai lá e resgata. Se ele não quiser, vai ficar lá em cima. Foi o que aconteceu em 2011. (COMS11)

¹¹⁴ De antemão, esclarecemos que os números desta tabela partem das ações apresentadas nos relatórios finais das CMSPG examinadas. Assim, se no tocante ao eixo “Educação e informação em saúde”, há apenas 3 ações, não significa, necessariamente, que no referido plano de governo havia apenas este número de ações sobre tal temática. Entende-se, a partir disso, que estas 3, são ações nascidas nas CMSPG e acabaram sendo materializadas no correspondente plano de governo, junto a outras possíveis ações desta temática, provindas de outras fontes, que não os relatórios das CMSPG.

Já em relação à impossibilidade de materialização em face do orçamento disponível, o presidente do COMSAÚDE em 2009, ponderou que, “Claro que muitas coisas ficam por fora, não deveria, mas a gente sabe também que existe aquilo que dá pra fazer, que é factível e algumas coisas que infelizmente ainda assim é difícil de fazer” (COMS09). Inclusive, a superintende da SMS em 2011 considerou a falta de verba um obstáculo maior do que a divergência de interesses políticos:

Por mais que ele [o gestor] tenha vontade, como ele vai fazer? Entende? Então eu acredito que a maior dificuldade com certeza não é um problema político. O problema político, você conversa, você contorna, você resolve. Agora o problema financeiro não é sempre que você vai poder resolver. O problema financeiro, você vai conseguir, quando muito, adaptar, você vai conseguir transferir de outras secretarias ou remanejar. Mas, se não houver o dinheiro, não há o serviço. Ponto. [...]

Essas conferências, na verdade, elas acabam sendo inócuas, porque o que se estabelece nos eixos muitas vezes não é exequível. (GOV11).

Segundo a mesma entrevistada, porém, não há uma conexão direta entre o orçamento e as CMSPG, pois ele já seria publicizado “através das audiências públicas bimestrais, na Câmara Municipal, e através do Portal de Transparência. Agora eu acredito que poderia ser melhor trabalhado através das funções de orçamento do próprio Conselho Municipal de Saúde.” (GOV11). Se tomado como referência apenas este depoimento, poder-se-ia concluir que a falta de comunicação entre a instância participativa e o orçamento municipal é somente culpa daquela. Todavia, o presidente do COMSAÚDE, também de 2011, mostra outra percepção:

O orçamento da saúde, ele tem que passar primeiro pelo Conselho. [...] Só que eles não mandam. O que a gente faz? Tudo bem, não querem mandar. A gente pega um ofício e encaminha pro Ministério Público. Eu aprendi o seguinte: tem que deixar cachorro velho brigando com cachorro velho. Nós somos pequenos. Então eu atijo o promotor. [...] Hoje nós temos um diálogo com a promotoria pública por insistência. Nós tivemos a presença do promotor aqui porque eu fui direito lá. [...]

[Sobre a apresentação do orçamento municipal de fevereiro,] eles deviam apresentar pra nós aqui pra depois ir lá pra Câmara. O que eles fizeram: apresentaram lá na Câmara e nós ficamos aqui esperando o cara terminar, pra vir apresentar pra nós. Tem coisa aqui que tá acontecendo aqui em Ponta Grossa que eu mandei direto pro CJU [Comissão de Justiça da Câmara]. [...] Eu faço minhas denúncias e mando pra lá. Se eu não tenho respaldo aqui, eu mando pra lá. Pode demorar 2, 3 anos, não tem problema. (COMS11)

Sem a devida compreensão do orçamento municipal, o COMSAÚDE não tem como exercer, de modo devido, suas funções ou mesmo repassar informações atualizadas aos sujeitos que compõem as CMSPG.

Seja pela indisposição do Poder Executivo em incluir o COMSAÚDE e demais instâncias participativas na discussão orçamentária, seja pelo desconhecimento destas, inclusive das CMSPG, sobre os termos do orçamento, o fato é que os relatórios finais não se conectam com ele. Suas ações estratégicas não demonstram qual o gasto previsto ou disponibilidade de recursos para a implantação destas.

O plano anual de saúde de 2012 (PONTA GROSSA, 2012), ao contrário, prevê metas (“incorporar”, “manter” etc.), indica a origem dos recursos (“Recurso fundo a fundo”, “PAB fixo” etc.), a área responsável (“Atenção primária”, “informática” etc.) e, ao final de cada tabela de ações, reserva uma área para observações pertinentes (“Meta de 2011 considerada Parcialmente cumprida. Encaminhada ao conselho” etc.).

O plano plurianual 2010-2013, ainda que não tenha correlacionado suas ações ao orçamento, fez uma previsão de como estas devem ser implementadas na política municipal nos anos seguintes, conectando-as a certas metas e estratégias.

Em resumo, enquanto os relatórios finais das CMSPG não desempenham uma avaliação da política de saúde, não se relacionam com o orçamento municipal e não estabelecem metas para a concretização das ações, os planos de saúde do Governo cumprem tais requisitos (exceto o PPA 2010-13 na questão do orçamento; e o PA 2012 na função avaliativa), deixando suas ações mais objetivas. Esta situação facilita o entendimento dos planos da Administração pelo usuário, trabalhador da saúde, gestor ou qualquer interessado na política municipal. Paralelamente, a compreensão dos relatórios finais é dificultada, tornando a própria materialização de suas ações estratégicas um trabalho difícil de ser realizado pela SMS.

Isso comprova, enfim, uma das múltiplas determinações do fenômeno da baixa materialização política das ações das CMSPG, qual seja: a ineficiência destas instâncias em apresentar ações claras e objetivas, que possam se conectar ao plano de Governo.

Aponta nessa mesma direção a característica, frequentemente assumida pelos espaços públicos que se constituem no interior do Estado, de isolamento em relação ao conjunto da estrutura administrativa: eles acabam se constituindo como 'ilhas' separadas, em 'institucionalidades paralelas', conservadoras à margem e com difícil comunicação com o resto do aparato estatal. (DAGNINO, 2002, p. 283).

É preciso considerar, portanto, que a garantia da autonomia na relação com o Esta-

do e a ocupação efetiva dos espaços conquistados – de tal forma que se conquiste uma real partilha de poder entre Estado e sociedade civil – dependem, em grande parte da capacidade dos atores sociais de transformar suas demandas em propostas políticas concretas. (GECD, 1999, p.80)

Outra destas múltiplas determinações refere à segunda dificuldade levantada pelos entrevistados, ou seja, a difícil conexão dos relatórios finais das CMSPG com os planos de Governo. Quando da explanação do Quadro 2, já demonstramos que o relatório final da 8ª CMSPG (2009) conecta-se ao plano plurianual de saúde municipal (2010-2013), enquanto o relatório da 9ª (2011), ao plano anual (2012).

O Plano Plurianual de Saúde de 2009 fez referências explícitas a ações do relatório final da 8ª CMSPG (apesar de muitas delas não coincidirem com ações estratégicas presentes, de fato, neste relatório¹¹⁵). Já o Plano Anual Municipal de Saúde de 2012 não fez referência explícita alguma ao relatório final da 9ª CMSPG, porém, repetiu fez as mesmas referências à 8ª CMSPG do plano anterior¹¹⁶.

Enquanto a 9ª CMSPG era realizada, o plano plurianual ainda estava em fase de implementação, sendo possível que algumas das ações repetidas no texto do governo fossem efetivadas apenas mais adiante, independentemente da influência da 9ª CMSPG. Assim, o relatório final da 8ª CMSPG, dotado supostamente de ações de prazo mais longo, acabou por servir de referência para a formulação de ambos os planos governamentais. Sobre isso, afirmou o presidente do COMSAÚDE em 2011:

[...] as conferências que a gente analisou, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, elas “batem as mesmas sequências”. Elas batem as mesmas preocupações da comunidade, batem a mesma situação e as mesmas questões vêm debatendo, porque conferência de 2 em 2 anos não dava tempo de realizar nem a metade do que era pedido. Com isso, o que acontecia? Nós tínhamos uma situação de que não conseguia realizar o que era pedido e já entrava outra conferência, e já voltava a mesma situação. [...] não dava tempo nem de nós acompanharmos o que o município estava realizando. Então ficava muito inviável e a repetição de proposta, só mudava a vírgula. Isso é uma coisa desgastante tanto pra nós, o usuário, pro representante, como o próprio Conselho, e pra própria secretaria. [...] A avaliação é que conferência em cima de conferência não resolve. Traz um anseio da população e serve apenas pra cumprir tabela ou cumprir papel. Esse é o meu ponto vista dessas duas conferências. (COMS11)

Diante destas duas determinantes – inexecutabilidade de algumas ações estratégi-

¹¹⁵ Esta situação parece demonstrar que a SMS pretendia, com as referências a mais, conferir maior respaldo participativo aos seus planos de Governo.

¹¹⁶ Frisamos que, apesar de não se referir explicitamente à 9ª CMSPG, o Plano de Saúde do Governo, em 2012, materializou ações desta Conferência, conforme os dados apresentados nesta pesquisa.

cas; e difícil conexão entre os relatórios finais das CMSPG e os Planos de Governo –, no período por nós analisado, os relatórios finais das CMSPG acabaram por servir mais como documentos meramente consultivos à SMS. E a presente condição preocupa o presidente do COMSAÚDE em 2009, pois, segundo ele, “[...] a gente tem no conselho ou na conferência instâncias deliberativas, que as ações que foram discutidas ali, o gestor tem que procurar colocar no plano de ação dele.” (COMS09).

Já examinamos, entretanto, que tal assertiva não corresponde inteiramente à Legislação, pois apenas os Conselhos possuem natureza deliberativa, enquanto as Conferências são meramente consultivas (BRASIL, 1990b). Assim, a baixa materialização das ações presentes nos relatórios finais das CMSPG – apesar de indicar distanciamento entre as esferas participativa e administrativa – também reflete a natureza não deliberativa destas instâncias. Porém, sendo as CMSPG consultivas, seria de se esperar que os planos municipais de saúde do Governo, ao menos, levassem em consideração os relatórios daquelas instâncias participativas na análise das necessidades mais críticas da população.

A exposição da Tabela 5, porém, comprovou que a significância quantitativa de cada eixo operacional foi semelhante nos dois relatórios analisados. Assim, as necessidades sociais, relativas à política de saúde, expostas pelo Poder Local presente nas CMSPG, tiveram relevâncias similares em 2009 e 2011.

A reiteração desta realidade na política de saúde (mesmas necessidades sociais e baixa materialização das CMSPG) é, enfim, reflexo – não somente, mas também – das múltiplas determinações do próprio processo de materialização das ações estratégicas, a seguir sintetizadas em um abrangente quadro explicativo.

Quadro 3 – Síntese das determinantes e dos resultados do processo de materialização das ações estratégicas das CMSPG.

DETERMINANTES ANTERIORES AO PROCESSO DE MATERIALIZAÇÃO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS DAS CMSPG	
8ª CMSPG (2009)	9ª CMSPG (2011)
- Previsão de 200 delegados	- Previsão de 304 delegados
- Comunicação com os relatório finais da CESPR e CNS de 2007	- Comunicação com o relatório final da CESPR de 2009, mas só o de 2007 da CNS
- Conexão com plano plurianual de 2010-2013	- Conexão com plano anual de 2012
+	
DETERMINANTES ANTERIORES E SIMULTÂNEAS DO PROCESSO DE MATERIALIZAÇÃO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS DAS CMSPG	
8ª CMSPG (2009)	9ª CMSPG (2011)
- Baixa capacitação	
- Função avaliativa não realizada	
- Cultura política local de baixa participação	
- Relações desiguais de poder entre os segmentos	
- Relativa baixa presença de delegados (122)	- Baixa presença de delegados (82)
- Maior significância dos trabalhadores da saúde	- Maior significância dos usuários
- Menor significância dos prestadores de serviços	- Menor significância dos prestadores de serviços
- Maior presença dos trabalhadores da saúde	- Maior presença dos gestores da saúde
- Menor presença dos usuários	- Menor presença dos trabalhadores da saúde
- Representatividade equivocada dos usuários	- Representatividade correta dos usuários
- Quantitativo alto de ações estratégicas (155) propostas no relatório final	- Quantitativo muito alto de ações estratégicas (215) propostas no relatório final, com ações repetidas do relatório anterior
- Falta de conectividade do relatório final com o orçamento municipal	
- Ações genéricas (sem metas e/ou objetivos claros)	
- Mesma significância de ações estratégicas entre os eixos operacionais dos relatórios finais	
↓	
RESULTADOS POSTERIORES AO PROCESSO DE MATERIALIZAÇÃO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS	
PLANO DE GOVERNO PLURIANUAL DE SAÚDE (2010-2013)	PLANO DE GOVERNO ANUAL DE SAÚDE (2012)
- Atuação burocrática, compartimentada em seções administrativas	
- 27 ações estratégicas do relatório final da 8ª CMSPG materializadas (17,4%)	- 26 ações estratégicas do relatório final da 9ª CMSPG materializadas (12,1%), com ações repetidas do relatório final da 8ª
- Ações sem previsão orçamentária	- Ações com previsão orçamentária
- Objetividade na redação das ações presentes nos planos, com definição de metas.	
- Baixa materialização das ações estratégicas dos relatórios finais das CMSPG	

Fonte: Organizado pelo autor.

O quadro 3 ordena as determinantes do processo de materialização das ações estratégicas das ações das CMSPG nos planos municipais do Governo na área da saúde, em 2009 e 2011. Por certo que o referido quadro não tem por objetivo esgotar as determinantes de todos os processos de materialização das conferências de saúde Brasil afora, pois consideramos possível existirem outras determinantes inclusive na realidade da saúde pública pontagrossense. Neste caso, as determinantes apontadas foram aquelas surgidas nesta pesquisa, que foram levantadas pela análise dos documentos das CMSPG, do COM-

SAÚDE e da SMS, bem como das entrevistas com sujeitos significativos deste fenômeno. Mas tantas outras poderiam ser as conclusões, caso fontes e/ou sujeitos diversos tivessem sido buscados.

Sobre o processo de materialização das ações estratégicas dos relatórios finais das CMSPG nos planos municipais de saúde, em 2009 e 2011, verificamos haver determinantes que atuam anteriormente e outras que atuam simultaneamente a tal processo. Segundo o analisado, algumas delas têm influência direta na materialização das ações, enquanto outras não pareceram gerar reflexos mediatos.

Observemos no Quadro 3 que a 8ª CMSPG previa um total de 200 delegados; poderia se basear em relatórios estadual e nacional recentes; e serviria à formulação do plano municipal plurianual (2010-2013) de saúde pela SMS. Estas foram as determinantes anteriores à realização da 8ª CMSPG, que também apresentou as seguintes determinantes simultâneas a ela: um relatório com um total relativamente alto de ações estratégicas (155), mas equivocada representação de usuários (por entidades que recebiam verba pública) e composição com grande significância e presença de trabalhadores de saúde em detrimento de outros segmentos.

Comparando tais determinantes anteriores e simultâneas da 8ª CMSPG às da 9ª, veremos que todas se diferem. Esta CMSPG teve como referência outro relatório estadual; e serviu de base apenas para o plano anual (2012), denotando conexões diversas com outras instâncias federativas e mesmo com a Administração municipal.

Em 2011, a CMSPG previu um número maior de delegados, 304, o que indica uma tentativa desta instância participativa em abarcar mais interesses e maior representatividade, provavelmente em face dos números não ideais na 8ª CMSPG, quando, de 200 delegados, apenas 122 estiveram presentes. Ocorre que o aumento normativo para 304 não surtiu o efeito desejado, pois ainda menos delegados compareceram, totalizando tão somente 82 na 9ª CMSPG. Por outro lado, a representação dos usuários foi reformada, excluindo-se do segmento as entidades que recebiam verba pública, além de contar com uma significância mais paritária do segmento dos usuários sobre os demais, em relação à CMSPG passada.

Se analisada sob o aspecto quantitativo, a representatividade da 9ª CMSPG em

relação à anterior diminuiu consideravelmente, mas há que se concordar que, no aspecto qualitativo, ela parece ter se desenvolvido, guardando, possivelmente, correlação com o maior número de ações estratégicas propostas em seu relatório final. Se a 8ª CMSPG totalizou 155 ações, a 9ª terminou por somar 215.

O aumento expressivo de ações estratégicas (38,7%), de uma conferência para outra, nos comprova que, de fato, a materialização da 8ª CMSPG foi baixa (17,4%). A maior proposição de ações em 2011 indica uma tentativa da 9ª CMSPG de se impor como instância participativa que deve ser respeitada pelo Estado, e cujos interesses perfazem um total de demandas que não pode ser desconsiderado. Mesmo com menos delegados, a força da 9ª CMSPG se mostrou significativa, buscando afirmar seus interesses numa franca guerra de posição. Acontece que a baixa materialização das ações estratégicas também se deu com o relatório da CMSPG de 2011 (12,1%).

Mesmo diversas, as determinantes das 8ª e 9ª CMSPG fundamentaram resultados semelhantes no que se refere à materialização de suas ações. Assim, faz-se necessário observar também as determinantes em igualdade nas CMSPG.

Nos anos examinados, observou-se capacitação dos delegados aquém do desejado; cultura política local de baixa participação; e desiguais relações de poder entre os segmentos. Em face destas condições, ambas as CMSPG deram maior possibilidade à vocalização de demandas sociais de certos sujeitos, em detrimento dos interesses de outros. *“Não que isso não seja democrático, mas não havia uma articulação para defender uma construção mais coletiva de uma política pública de saúde para todos.”* (DGOV09).

Há que se entender que os baixos números de participação e capacitação são frutos de uma cultura política pouco desenvolvida, mas que se aperfeiçoa através do processo de participação social. “Os conselhos [e as conferências], a despeito de suas limitações, assumem hoje no Brasil importante ‘função pedagógica’ no sentido de construção da cidadania e da reinvenção dos padrões de convivência democrática.” (TATAGIBA, 2002, p.63). Mas ainda que a capacitação dos delegados e a construção de uma cultura política constituam processos em desenvolvimento, o fato é que, no momento da pesquisa, tais determinantes refletiam características negativas do Poder Local ali presente, de forma que

ambas as CMSPG deixaram de realizar sua função avaliativa; não conectaram as ações de seus relatórios ao orçamento municipal; e propuseram ações genéricas, sem metas e/ou objetivos claros para sua aplicação.

As determinantes que serviram às CMSPG analisadas fundamentaram dois fatores: sujeitos participativos com dificuldade de atuar coletivamente, e relatórios finais pouco objetivos. Diante disso, os interesses e demandas expostos nas CMSPG, por não contarem, como um todo, força suficiente, foram barrados pela burocracia da SMS, dotada de racionalidade própria.

Por um lado, esta barreira administrativa impede que a força dos segmentos mais dominantes nas instâncias participativas se alastre para o Plano Municipal do Governo. Deste modo, eventuais imposições nas CMSPG não são transferidas para a SMS. Por outro lado, a heterogeneidade compositiva da CMSPG é o que faz deste um espaço plural, não influenciado somente por interesses políticos, e que promove a possibilidade dos delegados vocalizarem suas pretensões.

Em outras palavras, a heterogeneidade do emaranhado de relações de poder que envolvem as CMSPG, caracterizada por interesses e sujeitos diversos, é substituída pela lógica burocrático-racional da Administração, que também possui seus próprios interesses e sujeitos, ainda que muito mais homogêneos. Barradas de se materializarem no plano de governo plurianual, as ações do relatório final da 8ª CMSPG são, em parte, repetidas no da 9ª, de modo a concretizar similar significância dos eixos operacionais, num constante looping dos mesmos setores problemáticos.

Então isso é um ponto chave, eu acho que o gestor deveria escutar mais o próximo, escutar mais as comunidades, trabalhar para implantar os conselhos de saúde para que a população comece a se organizar. Só que isso é um “tiro no pé do gestor”, porque a partir do momento que você tem uma comunidade organizada, a comunidade vai aprender a cobrar, vai aprender a brigar pelos seus direitos e aí isso pro gestor é uma coisa complicada. Mas quando o gestor tem boa vontade e mostra que tem vontade de fazer a coisa melhorar para a população, ele pode traçar um plano a longo prazo, por mais que mude o prefeito. (COMS09)

Se, ao aumentar o número de ações de um relatório para o outro, os sujeitos das CMSPG pretendiam afirmar-se diante do Governo, ao continuar com a mesma significância dos eixos, demonstram que a configuração de suas necessidades se manteve em propor-

ção similar. Ou seja, não tiveram suas demandas atendidas de acordo com a significância apontada, continuando Atenção à Saúde e Gestão do SUS como os setores mais carentes de resultados; e Participação da Comunidade e Ciência e Tecnologia em Saúde como os menos, segundo as ações das CMSPG (Tabela 5). Assim, um pedido foi feito, por Gadini, quando do término da 9ª CMSPG:

Resta, agora, cobrar para que o executivo – atual e futuros gestores – cumpram o que foi aprovado na 9ª Conferência Municipal de Saúde. Afinal, já está provado que, mesmo com mais dinheiro que em outros tempos, os problemas em saúde apenas aumentam em PG, indicando que, aí, pode existir outros problemas, que não apenas falta de recursos financeiros. Talvez, uma maior vontade política pode contribuir para melhoria do serviço na Cidade. (GADINI, 2011, s/p)

É provável que a diminuição do número de delegados de uma conferência para outra tenha se dado em face desta dupla negativa, em 2009 e 2011, da Administração em materializar os interesses expostos nas CMSPG. “Se o aparato público abre-se para a participação, mas não se desburocratiza, a participação não se completa. Se os atores sociais mobilizam-se, mas as coisas não saem do lugar, eles retrocedem e deixam de participar.” (NOGUEIRA, 2011, p.153). A hegemonia neoliberal é, por fim, reforçada, numa cadeia de sucessiva de causas e efeitos, na qual a desconsideração das decisões da CMSPG resulta numa participação menor de delegados, que, por sua vez, fundamenta um Poder Local com menos força e influência e assim por diante.

E a penúltima posição ocupada pelo eixo da Participação da Comunidade, em ambos os relatórios finais, reflete a já examinada dificuldade dos sujeitos participativos em atuar e pensar coletivamente, de modo a pouco tentar um empoderamento próprio. Segundo o delegado do segmento da Administração em 2009, *“É preciso, principalmente, garantir a governabilidade e governança necessárias para as instâncias participativas. De nada adianta permitir espaços de participação, se esses espaços não forem efetivamente transformadores.”* (DGOV09).

Todo este complexo de determinantes resultou em baixos números de ações das CMSPG materializadas pelos respectivos planos de saúde, num reflexo da hegemonia neoliberal, preconizadora de um tipo participação que se pressupõe neutra. Foram, enfim, 27 ações do relatório final da 8ª CMSPG inclusas no plano plurianual (2010-2013) e 26 da 9ª no anual (2012), até com algumas repetidas.

Tal situação, apesar de até esta pesquisa não haver sido comprovada, já era prevista pelos sujeitos por nós entrevistados, assim como pelo COMSAÚDE, o qual, em conjunto ao CESPR, decidiu promover transformações em algumas determinantes apontadas. Apesar destas novas determinantes não serem foco do processo de materialização ora abordado, elas devem ser mencionadas, pois tencionam muda-lo, com o objetivo de conseguir incluir mais ações estratégicas nos planos municipais.

Primeiramente, o COMSAÚDE realizou a Primeira Plenária Municipal da Saúde, que tem como título “Resgatando propostas”, numa clara referência à necessidade de se retomarem as ações não materializadas de anos anteriores.

[...] por isso nós realizamos a nossa primeira plenária dentro do município de Ponta Grossa, pra analisar o que: a oitava conferência e a nona, de onde nós tiramos 66 propostas das duas conferências, nessa plenária, e vai ser implantada no PPA de 2014-2017. (COMS11)

Além disso, as CMSPG também deixarão de ser realizadas bianualmente, para, a partir de 2015, seguir o disposto pela Legislação (PONTA GROSSA, 1991; BRASIL, 1990b). Ocorre que o próximo Plano plurianual abarca os anos de 2014-2017, deixando de conectar o relatório final da 10ª CMSPG ao plano administrativo. Segundo o presidente do COMSAÚDE, isso acarretará a seguinte situação:

A Conferência Municipal de Saúde de Ponta Grossa de 2015, ela vai servir pra que: pra tirar proposta do município para o estado [visto que o PPA Estadual é de 2016-2020] e tirar os delegados pra participar da conferência. Não vai mudar um centímetro disso [da política municipal de saúde]. [...] Aí o que acontece: a gente pode fazer, em 2015, na conferência, uma coisa que está na lei, é avaliar se o trabalho tá sendo feito. Não tirar proposta. Fazer uma avaliação. [...] Entendeu? Aí você trabalha com plenária saindo proposta para o PPA e a conferência, entremeio, ficaria pra tirar os delegados, da estadual, e as propostas para a nacional. [...] então é mais vantagem nós termos a conferência em 2015, fazer a plenária em 2017, ter conferência em 2019, fazer uma plenária em 2021 e etc. (COMS11)

Se a tentativa de materialização surtirá ou não efeito, é algo que só o tempo evidenciará, mas atentemos para o fato de que tais reorientações visam mudar apenas três das determinantes apontadas no Quadro 3, quais sejam: a concretização da função avaliativa das CMSPG; a conexão das ações estratégicas (propostas, a partir de 2015, por plenárias e não pelas CMSPG) com os planos do governo municipal; e a conexão destas ações com as CESPR e CNS.

As demais determinantes expostas no Quadro 3, portanto, ainda estariam ativas no processo de materialização, o que pode continuar a resultar em números abaixo do desejado, pois, como visto, os resultados são provindos de múltiplas determinações. Estas referências finais devem ser guardadas para que os resultados das futuras CMSPG sejam comparados aos por nós analisados.

De qualquer forma, “ainda que o liberalismo tenha resistido (recompondo-se em parte como neoliberalismo), é evidente que a democracia participativa tornou-se uma referência impossível de ser ignorada.” (NOGUEIRA, 2011, p.140). Mesmo que sua prática tenha falhas, tanto no seio do próprio Poder Local atuante nas CMSPG, como na dificuldade de aceitação de tal realidade por parte da esfera governamental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por formarem um considerável complexo de relações e variáveis, Wampler atenta para a dificuldade em correlacionar a atuação nas Conferências de Políticas Públicas a resultados políticos.

[...] quando analisamos os conselhos e as conferências, será difícil mostrar como eles influenciam sistematicamente nos resultados de políticas, o que significa que os ativistas, os representantes de governos e os formuladores de políticas precisam estar cientes de que a sua participação nesses locais pode não afetar diretamente resultados políticos específicos. (WAMPLER, 2011, p.43)

Próximos ao término desta pesquisa, não há como discordar do autor, pois demonstrar a influência das CMSPG sobre as decisões governamentais, realmente, não é tarefa fácil. Neste sentido, ao procurar entender o processo de materialização política das ações das CMSPG, promovemos um recorte, partindo destas instâncias, de modo a chegar somente até à formulação dos planos de Governo, sem adentrar na efetivação das políticas ali referenciadas. Mas mesmo com o recorte promovido, a mera leitura das determinantes do Quadro 3, do capítulo 3.2.4, comprova a dificuldade em sistematizá-las.

Apesar disso, tal dificuldade não deve constituir razão suficiente para impedir o pesquisador de analisar tal fenômeno, pois, além de tal pesquisa ser relevante social e politicamente, ela poderá servir para que outros questionamentos e possibilidades surjam de seus apontamentos. E, muito menos, tal dificuldade deve ser anteposta pelos sujeitos participativos, de modo a, previamente, desmotivar suas atuações.

Com a adoção da democracia representativa, na chegada da modernidade, e, mais à frente, pela democracia participativa, o poder foi diluído entre o corpo social. Não mais coisificado, mas formatado a partir das relações intersubjetivas, o poder deixaria de estar restrito aos limites circunscritos do Estado e sua Sociedade Política, fazendo-se presente também na difusa Sociedade Civil, traduzindo-se no conceito gramsciano de Estado Ampliado.

No Brasil, a partir da sua redemocratização, a socialização do poder adota dois fatores: a participação e a descentralização. Enquanto o primeiro demanda dos cidadãos uma postura ativa, de modo a complementar o Estado, o segundo realoca para esferas

mais localizadas certas funções do mesmo Estado. Diante desta nova configuração, as relações de poder estabelecidas em localidades delimitadas configuram o Poder Local, o qual, pela adoção de medidas participativas e descentralizadoras, torna-se mais influente e mais ramificado, com sujeitos, até então desconsiderados, integrando sua composição relacional.

Inúmeras são as representações que este Poder Local pode assumir no Estado Democrático de Direito, podendo fundamentar-se numa participação comunitária, popular ou social (CARVALHO, A., 1995), bem como sobre uma descentralização política ou meramente administrativa (DI PIETRO, 2006). Além disso, a capacidade de atuação do Poder Local depende tanto de sua composição, por sujeitos mais ou menos representativos dos interesses e demandas da localidade em questão, como da disposição do Governo em inseri-los nas relações de poder da superestrutura.

Um Poder Local dotado de grande expressão tem, portanto, maior probabilidade de concretizar seus interesses e objetivos, inclusive aqueles relativos à política municipal de saúde. Em sentido oposto, sem a socialização, operacional e efetiva, das relações de poder, elas acabam por fundamentar relações de dominação, baseadas em desigualdades econômicas (ricos e pobres), políticas (governantes e governados) e sociais (incluídos e excluídos).

A Democracia Participativa, surgida a partir da tendência participativa, e, em parte, fortalecida pelas medidas descentralizadoras, tem no Poder Local um de seus elementos fundamentais, pois é a partir de seus representantes – tanto provindos da Sociedade Civil como da Sociedade Política – que ela concretiza a composição de suas ferramentas e, portanto, sua atuação. Neste sentido, duas das ferramentas da Democracia Participativa Brasileira são os Conselhos e as Conferências de Políticas Públicas, que se encontram presentes em todas as instâncias federativas do nosso Estado e contam com representantes de ambas as Sociedades, a Civil e a Política.

A presente pesquisa analisou de modo específico as Conferências Municipais de Saúde de Ponta Grossa (CMSPG). Tais colegiados se fundamentam nas vertentes social e política dos conceitos de participação e descentralização, de modo a não apenas com-

plementar o Estado, mas controlá-lo. Definitivamente, o Estado não mais detém o poder absoluto, estando o poder disperso na superestrutura, entre as relações geradas pela Sociedade Civil e pela Sociedade Política, numa constatação gramscista da ampliação estatal. Afinal, “todo poder emana do povo” (BRASIL, 1988).

Se esta emanção resulta numa participação social efetiva (com a materialização dos interesses e demandas sociais na superestrutura do Estado), ou apenas gera uma aparente comunicação intersubjetiva de experiências e objetivos (sem o alcance de frutos políticos concretos), a resposta dependerá de uma complexa estrutura formada por múltiplas determinações.

O mote deste trabalho foi o processo de materialização das ações estratégicas das CMSPG nos respectivos planos de governo, de forma a extrair deste fenômeno expressões da participação social. Consideramos tê-lo atingido, em conjunto com a consecução dos objetivos específicos, de modo a termos caracterizado o município de Ponta Grossa, o COMSAÚDE e as 8ª e 9ª CMSPG, bem como delineado a materialização política das ações estratégicas da CMSPG e seus impactos, por meio das determinantes deste processo.

Neste sentido, mesmo antes da realização das CMSPG, há determinantes que influenciam sua atuação, assim como também há aquelas simultâneas a tais colegiados, sendo que todas estas, em conjunto, resultam em certa materialização das ações estratégicas. É a referida “estrutura formada por múltiplas determinações” e seus resultados, sintetizada no Quadro 3, e composta por muito mais dados do que apenas as taxas de materialização das ações. Para compor tal complexo de determinantes, a realização das entrevistas dos sujeitos significativos do processo analisado foi imprescindível, pois suas experiências nos serviram de subsídio, para que pudéssemos compreender outros ângulos e percepções do fenômeno estudado.

Em relação ao processo de materialização, algumas determinantes mostraram-se diversas nas CMSPG analisadas, tais como a conexão de seus relatórios com o plano municipal de governo ou com a instância federal; significâncias e presenças diversas dos segmentos em cada ano; número de delegados presentes, entre outras. E mesmo diante de tais diferenças, o resultado, no que tange à materialização das ações estratégicas de

ambas CMSPG, foi muito aquém do desejado.

Deste modo, a baixa materialização das ações, verificada tanto em 2009 como em 2011, leva-nos a crer que as determinantes similares aos dois anos constituem a fundamentação para tal resultado. Considerando apenas tais determinantes, vejamos que elas demonstram o seguinte processo trifásico de materialização das CMSPG:

- Anteriormente à realização das 8ª e 9ª CMSPG, elas se assemelham pelo fato de serem órgãos colegiados que auxiliam na formulação da política municipal de saúde, apesar de se conectarem de modo diverso aos respectivos planos de saúde;

- Internamente às duas CMSPG, constatou-se a existência de relações muito desiguais de poder, caracterizadas por sujeitos com capacitação aquém da esperada e fundadas em uma cultura política local de baixa participação. Ao final, as CMSPG produziram relatórios com ações estratégicas sem metas e/ou objetivos claros, sem previsão orçamentária e não balizadas por uma avaliação da política municipal de saúde;

- O resultado é que, por meio dos sujeitos presentes na SMS, a esfera participativa parece ter sido desconsiderada pela Administração Municipal, materializando-se nos respectivos planos de governo poucas das ações estratégicas dos relatórios das CMSPG. A atuação da SMS segue sua própria lógica burocrático-administrativa, composta por seções e sujeitos que decidem de forma compartimentada, e por vezes individual, sobre assuntos de ordem pública e coletiva.

Não há, diante deste quadro, uma culpabilização possível tão somente das CMSPG ou mesmo da SMS, já que a atuação de ambas as instâncias, participativa e administrativa, é fruto, primeiramente, de uma cultura política local conservadora e de baixa participação. Por outro lado, também não há como culpabilizar o indivíduo que poderia participar como delegado e não o faz, já que, destituído de capacitação e informações suficientes, não conhece com profundidade esta instância com potencial emancipatório; ou, mesmo que a conheça, é bombardeado pela mídia que veicula apenas casos de corrupção política, sem apresentar os bons exemplos ali inseridos, desmotivando sua participação neste cenário.

Como mencionado, o COMSAÚDE está em funcionamento desde 1992 (PONTA

GROSSA, 1991), sendo que a primeira CMSPG ocorreu em 1995. É, afinal, pouco tempo para enraizar mudanças significativas e perenes na cultura política municipal, na lógica de suas relações de poder e no debate das questões públicas. A Democracia Participativa é relativamente nova para o município de Ponta Grossa – e, em verdade, para o Brasil como um todo.

Vale lembrar que tais ferramentas são fruto não só de uma “distensão lenta, gradual e segura”, mas também de uma política neoliberal de esvaziamento do Estado. Tal política, apesar de demandar uma Sociedade Civil ativa, numa confluência perversa (DAGNINO, 2002), não o faz segundo propósitos políticos, de forma a empoderar seus sujeitos para controlarem o Estado, mas com objetivos assistenciais e de mercado, barrando a ingerência estatal.

A hegemonia neoliberal é evidenciada, no que se refere esta pesquisa, pelo movimento duplo que leva à baixa materialização política das ações da CMSPG, sem culpabilizar nem somente a CMSPG ou apenas a SMS, pois ambas as instâncias acabam atuando no sentido de gerar este resultado, até mesmo por serem aparelhos de hegemonia. De um lado, os próprios sujeitos atuantes na realidade participava (COMS09; COMS11) confirmam a falta de objetividade das ações estratégicas propostas nas CMSPG, e as relações desiguais de poder. De outro, os representantes da gestão pública (DGOV09; GOV11) admitem a atuação compartimentada e burocrática da SMS, além da baixa consideração do COM-SAÚDE na formulação do orçamento para a política municipal de saúde.

Assim, é correto afirmar que a atuação e composição das CMSPG refletem as características do Poder Local pontagrossense, dotado de uma cultura local de baixa participação, marcada historicamente pelo conservadorismo. Mas também é certo que, segundo revisão bibliográfica e depoimentos, as gestões do prefeito Wosgrau são reconhecidamente conservadoras. Este movimento duplo acaba por configurar, internamente às CMSPG, relações de poder desiguais entre os segmentos representativos (com os gestores e trabalhadores da saúde, em geral, mais influentes que os usuários); e externamente a estas instâncias participativas, há uma barreira anteposta pela burocracia e pelos sujeitos presentes na SMS.

Uma vez finalizado o relatório final das CMSPG, ele ingressa numa realidade diversa, não mais heterogênea, participativa e coletiva, mas numa esfera caracterizada por um entendimento homogêneo, administrativo e compartimentado segundo uma burocracia própria. Tais lógicas não promovem um entendimento articulado, havendo diferenças evidentes na formulação dos relatórios finais das CMSPG e dos planos de saúde da SMS, o que, em tese, não deveria ocorrer, já que aqueles servem de base para estes.

Consideramos que, diante da baixa materialização das ações estratégicas do relatório final da 8ª CMSPG, os participantes da 9ª tentaram ampliar sua atuação, prevendo mais delegados. Apesar disso, a presença total de delegados diminuiu consideravelmente na 9ª CMSPG, o que, todavia, não resultou, como na anterior, em uma falta de paridade entre o segmento dos usuários e os demais. Desfalcados numericamente, mas em razoável paridade, os sujeitos de tal conferência acabaram por demonstrar sua força propositiva, aumentando o número de ações estratégicas no relatório final, em comparação ao anterior. Isso não impediu, todavia, que, mais uma vez, outra reduzida taxa de materialização de ações estratégicas fosse gerada.

As determinantes diversas para ambas as CMSPG examinadas comprovam que, mesmo diferenciando em parte a atuação dos participantes, elas não terminaram por aumentar a taxa de materialização política das ações provindas das CMSPG. Enfim, a correlação de forças permaneceu não dotada de um pensamento coletivo, restando fundamentada por uma cultura política local de baixa participação e pouco articulada entre as esferas participativa e administrativa.

Já a significância dos eixos operacionais dos relatórios finais das CMSPG, apontada na Tabela 5, demonstrou que as necessidades evidenciadas por tais instâncias se configuraram de modo semelhante nos anos 2009 e 2011, indicando que esta esfera, de fato, tem barrada sua vocalização frente à instituição política. Fragmentada esta atuação, maior é a possibilidade de sujeitos e segmentos com maior força subjugarem os demais.

Retornamos, portanto, aos conceitos de Democracia formalmente participativa, Estado formalmente Democrático de Direito e Estado mínimo, que fundamentam segmentos sociais não instrumentalizados de modo suficiente para fundarem uma contra-hegemonia.

Há, porém, que se considerar, igualmente, o lado positivo destes órgãos participativos. “O fato inquestionável de que essas demandas encontrem escasso abrigo nas políticas públicas do Estado não deve obscurecer o avanço que a sua publicização e legitimação no âmbito social significam.” (DAGNINO, 2002, p.296).

A guerra de posição gramsciana, portanto, não se dá apenas no embate, entre as CMSPG e a SMS, por uma maior ou menor materialização das ações estratégicas, mas, antes, pela ocupação de tais espaços por sujeitos dotados de capacidade participativa e conhecimento social, de modo a lutar por um projeto coletivamente contra-hegemônico, que, de modo reflexo, resultará em maior materialização política.

Neste sentido, as mudanças propostas pelo presidente do COMSAÚDE em 2011, como a adoção de plenárias municipais e a realização das CMSPG de quatro em quatro anos, nos parecem uma tentativa de atingir primeiramente o resultado, sem necessariamente mudar a cultura política local, realizando uma modernização mais formalista. Criar-se-iam, deste modo, melhores condições objetivas para a atuação participativa, mas como nos alerta Gramsci, “[...] a existência de condições objetivas – ou possibilidades, ou liberdade – ainda não é o suficiente: é necessário ‘conhecê-las’ e saber utilizá-las. Querer utilizá-las.” (GRAMSCI, 2006, p. 406).

Na verdade, condições objetivas para a materialização das ações estratégicas das CMSPG já existiam em 2009 e 2011. Se elas serão aperfeiçoadas até o próximo plano de saúde governamental, resta ao tempo comprovar, mas o fato é que será preciso dotar os seus participantes de conhecimento e vontade para promover sua atuação social e, possivelmente, emancipadora.

Ocorre que, mesmo configurando-se como mudanças nas “condições objetivas”, a adoção de plenárias e a alteração cronológica das CMSPG acabam por desenvolver a estrutura do processo de participação social, que, em última análise, é dotado de uma função pedagógica. Se as condições objetivas aprimoradas puderem oportunizar uma melhor articulação entre as esferas, então as relações sociais que compõem as CMSPG poderão ter mais perspectivas sobre suas atitudes, efetivando seu aprendizado, de modo a reinseri-lo em novas atuações.

Com melhores resultados, o processo participativo não seria desacreditado, levando a uma maior e mais democrática atuação das CMSPG, ao contrário do que acontece atualmente, onde a participação é numericamente baixa e, em alguns pontos, viciada, levando a resultados negativos, que desacreditam a política e o processo participativo como um todo. O fato é que, em se tratando de políticas públicas debatidas por vários sujeitos de forma relacional, os resultados não são conhecidos de antemão, sendo produzidos ao longo do processo participativo.

Há, assim, possibilidades de transformação e mudanças sociopolíticas, por meio de uma atuação dos sujeitos políticos locais que conecte as esferas participativa e administrativa, partindo do pressuposto de que, afinal, ambas se conectam a uma mesma superestrutura. De outra feita, há também possibilidades de manutenção do status quo, numa reprodução da hegemonia, caso a participação provinda das CMSPG continuar sendo desconsiderada, seja pelos sujeitos que a compõem e/ou pelos sujeitos externos a ela (presentes na SMS ou meros cidadãos descrentes na mudança).

Se o Poder Local já existe, ampliado por medidas descentralizadoras e participativas, e incluído, por meio de seus representantes, na política municipal de vários setores, inclusive da saúde, através das conferências e conselhos, é preciso coletivizar e politizar sua atuação.

Comprova-se, afinal, que os objetivos do movimento sanitário brasileiro ainda persistem, numa tentativa ininterrupta de dotar de substancialidade o nosso Estado Democrático de Direito, por meio da concretização da universalidade, integralidade, igualdade, participação e descentralização no SUS (mas não apenas nele, como nas demais políticas públicas sociais).

REFERÊNCIAS

ALMA-ATA. Declaração de Alma-ata: conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <http://www.bioeticae.diplomacia.org/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=2:declaracao-de-alma-ata&id=1:arquivos&Itemid=81>. Acesso em 01 de dezembro de 2013.

ALMEIDA, L. F. de. De JK a FHC: apontamentos para a análise das lutas sociais no Brasil contemporâneo. In: OURIQUES, N. D. e RAMPINELLI, W. J. No fio da navalha: crítica das reformas neoliberais de FHC. São Paulo: Xamã, 1997. p.39-63.

ARISTÓTELES. A Política.

AVRITZER, L. O orçamento participativo e a teoria democrática: um balanço crítica. In: Os orçamentos participativos na Europa: uma apresentação não convencional. 22 e 23 de junho de 2007, auditório do CEFA, Coimbra. Edição para curso de formação avançada. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, 2007.

AZEVEDO, M. M. V. de. Algumas considerações acerca de uma democracia direta eletrônica. DataGramZero - Revista de Informação - v.13, n4, ago/12. Disponível em: <http://www.dgz.org.br/ago12/Art_01.htm>. Acesso em 10 dez. de 2013.

ARRETCHE, M. T. da S. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

BOBBIO, N. Liberalismo e democracia. São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. Estado, governo, sociedade: por uma teoria geral da política. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

BONAVIDES, P. Curso de direito constitucional. 12.ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde: Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Vol.1 (Estrutura). Brasília: CONASS, 2011a.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Vol.2 (O Financiamento da Saúde). Brasília: CONASS, 2011b.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 10 de junho de 2013.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 28 de junho de 2011c. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

BRASIL. Lei 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 1937. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102716>>. Acesso em 20 de outubro de 2013.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da

Constituição Federal [...]. Brasília, 13 de janeiro de 2012a. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em 10 de junho de 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 de junho de 2012.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 10 de junho de 2012.

BRASIL. Lei nº 9.491, de 9 de setembro de 1997. Altera procedimentos relativos ao Programa Nacional de Desestatização, revoga a Lei nº 8.031, de 12 de abril de 1990, e dá outras providências. Brasília, 9 de setembro de 1997. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9491.htm>. Acesso em 25 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orçamento Anual de 2013. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/orcamento/loa?ano=2013&categoria=&fase=execução>>. Acesso em 05 de setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 22 de fevereiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde: I. Saúde como Direito; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e III. Financiamento Setorial. Brasília, Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 03 de setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf>. Acesso em 03 de setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, 4 de dezembro de 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>. Acesso em 03 de setembro de 2013.

BRECHT, B. O analfabeto político. Movimento camponês popular – MCP. Disponível em: <<http://www.mcpbrasil.org.br/o-mcp/poemas/item/344-bertold-brecht-o-analfabeto-politico>>. Acesso em:

01 de fevereiro de 2014.

CARDOSO, F. H. Democracia necessária. Campinas: Papyrus, 1985.

CARVALHO, A. I. de. Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, M. do C. A. A. Participação social no Brasil hoje. Pólis papers nº 2. São Paulo: Instituto Pólis, 1998. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/841/841.pdf>>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro, Vol.20, No.4, pg.1088-1095, jul-ago, 2004.

_____. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

CASTELLS, M. Cidade, democracia e socialismo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

CHAUÍ, M. As manifestações de junho de 2013 em SP, por Marilena Chauí. 01 de julho de 2013. Luis Nassif Online. Disponível em: <<http://www.advivo.com.br/blog/luisnassif/as-manifestacoes-de-junho-de-2013-em-sp-por-marilena-chaui>>. Acesso em 20 de julho de 2013.

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo Eduardo. Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços. São Paulo, Cortez Editora, 1996.

CORREIA, M. V. C. Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2005.

COUTINHO, C. N. A Democracia como valor universal e outros ensaios. 2.ed. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.

_____. Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

_____. Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 1996.

COSTA, L. C. da, Os impasses do estado capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil. Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

COMSAÚDE – Conselho Municipal de Saúde de Ponta Grossa. Atas das reuniões ordinárias realizadas pelo conselho. 2009-2012.

CRUZ, A. L. R. B. da; LEANDRO, J. A. Tópicos temáticos em história e sociedade I. Ponta Grossa: Ed. UEPG/NUTEAD, 2009.

DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática do Brasil: limites e possibilidades. In: _____. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. p.279-303.

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. Informações de Saúde (TABNET). Dados coletados do ano de 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index>>.

php?area=02>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

DI PIETRO, M. S. Z. Direito administrativo. 19 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

_____. Participação da comunidade em órgãos da Administração Pública. Revista de Direito Sanitário. São Paulo: USP, v.1, n.1, nov., 2000.

DURIGUETTO, M. L. Sociedade civil e democracia: um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Democracia: apontamentos do debate liberal e marxista. Revista Emancipação. Ponta Grossa: Editora UEPG, v.11, n.2, jul./dez., 2011.

DOWBOR, L. O que é poder local? São Paulo: Brasiliense, 1994.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária (capítulo 11). In: GIOVANELLA, Lígia (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. págs. 385-434.

_____; TEIXEIRA, L. A. Histórias das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. págs. 333-384.

_____; BLOCH, R. A. de. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.83-119.

_____; MOREIRA, M. R. Participação Social (capítulo 28). In: GIOVANELLA, Lígia (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. págs. 979-1008.

FRANCO, Maria Sylvania de Carvalho. Homens livres na ordem escravocrata. 4.ed. São Paulo, UNESP. 1997.

GADINI, S. L. Pela melhoria da saúde. Diário dos campos. Ponta Grossa, 28 de julho de 2011. Disponível em: <<http://www.diariodosc campos.com.br/blogs/artigos/pela-melhoria-da-saude-2212/>>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

GECD – Grupo de Estudos sobre a Construção Democrática. Dossiê: os movimentos sociais e a construção democrática. Revista Idéias. 5(2)/6(1). Campinas: IFCH-Unicamp, 1999.

GRAMSCI, A. Cadernos do cárcere, volume 1. 4.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

_____. Cadernos do cárcere, volume 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

_____. Escritos Políticos. 4 v. Lisboa (Portugal): Seara Nova, 1976-1978.

GOHN, M. da G. Conselhos gestores e participação sociopolítica. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

GOIRIS, F. A. J. Estado e política: a história de Ponta Grossa. Ponta Grossa, Gráfica Planeta, 2013.

GRUPPI, L. O conceito de hegemonia em Gramsci. 4.ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2000.

HELD, D. Modelos de democracia. Belo Horizonte: Pandéia, 1987.

HUGUES, P. Gramsci e o bloco histórico. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos municípios brasileiros de 2011. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64638.pdf>>. Acesso em 08 de outubro de 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Séries estatísticas & séries históricas. Disponível em: <<http://serieestatisticas.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2014.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Perfil do município de Ponta Grossa. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?Municipio=84000>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

KOHAN, N. Gramsci e Marx: hegemonia e poder na teoria marxista. Tempos Históricos. V.10. Cascavel: Edunioste, 1ª semestre de 2007. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/temposhistoricos/article/download/1223/1010>>. Acesso em 01 de julho de 2013.

KRÜGER, T. R. As decisões sobre as políticas sociais: qual a influência da participação da sociedade? In: XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social, 4 a 8 de outubro de 2009, Guayaquil, Equador. El Trabajo Social en la conyuntura latinoamericana: desafios para su formación articulación y acción profesional. Guayaquil: ALAEITS, 2009. Disponível em: <www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-142.pdf> Acesso em 26 de novembro de 2012.

_____. *et al.* As proposições das Conferências de Saúde e os Planos Municipais de Saúde: um estudo em municípios de Santa Catarina. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 508-521, out./dez. 2011.

_____. *et al.* A organização e a dinâmica participativa dos segmentos sociais nas conferências municipais de saúde. Revista Emancipação. Ponta Grossa, v. 12, n. 1, p.119-130, jan./jun. 2012.

LABRA, M. E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS. LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; e EDLER, F. C. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LUIZ, D. E. C. Orientações clássicas do pensamento gramsciano para pensar a sociedade contemporânea. In: COSTA, L. C. da. Estado e democracia: pluralidade de questões. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2008.

_____. Emancipação e serviço social: a potencialidade da prática profissional. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2011.

LUIZ, I. C. A participação da sociedade civil na gestão da saúde pública em Ponta Grossa – PR através do conselho municipal e conselhos locais de saúde. 2007, 183 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2007.

MACEDO, P. S. N. de. Democracia participativa na Constituição de 1988. 2011. Disponível em: <<http://www.paulonovais.com.br/wordpress/?p=124>>. Acesso em 29 de junho de 2013.

MARTELLI, C. G. O gestor público desafiado: espaço público, participação e cidadania ressignificados. Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política, Vol. 19, No 2, p.125-141, jul/dez.

2010.

MELLO, C. A. B. Curso de Direito Administrativo. 27.ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2010.

MINAYO, M. C. de S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

MONTAÑO, C. M. e DURIGUETTO, M. L. Estado, classe e movimento social. São Paulo: Cortez, 2010.

MONTEIRO, O. Entrevista Odorico Monteiro: “Encontro harmônico de intenções” entre Estado, União e municípios é a base do COAP. Revista COSEMS/RS 4ª edição. 19/12/2012. Disponível em: <<http://www.cosemsrs.org.br/?menu=noticia&id=1249>>. Acesso em 28 de dezembro de 2012.

MORONI, J. A. O direito à participação no governo Lula. In: AVRITZER, L. (org.) Experiências nacionais de participação social. São Paulo: Cortez, 2009. p.107-141.

MOTTI, A. J. A. Programa escola de conselhos. Observatório nacional dos direitos da crianças e do adolescente. Disponível em: <http://www.obscriancaeadolescente.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=420>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

NETTO, J. P. Crise do socialismo e ofensiva neoliberal. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Um Estado para a Sociedade Civil: temas éticos e políticos da gestão democrática. 3.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. págs. 435-472.

NOVELINO, M. Manual de direito constitucional. 8.ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2013.

O PARANÁ. Paralisação tem 50% de adesão no Paraná: Profissionais da área também aderiram ao movimento, realizando apenas os atendimentos emergenciais. Jornal O Paraná. 31 de julho de 2013. Disponível em: <<http://www.oparana.com.br/cidades/paralisacao-tem-50-de-adesao-no-parana-36072/>>. Acesso em 20 de novembro de 2013.

OLIVEIRA, G. H. M. Política Aberta. 2013. Disponível em: <<http://www.politicaaberta.org/>>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites, perspectivas. In: MATTA, G. C. (org.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.

PARANÁ. Governo do Paraná – Secretaria da Administração e da Previdência. Escola de Governo: apresentação. Disponível em: <<http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=379>>. Acesso em 20 de janeiro de 2014.

PATENAM, C. Participação e teoria democrática. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PEPE, V. L. E. *et al.*, A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Ciência & Saúde Coletiva. vol.15 no.5. Rio de Janeiro: agosto, 2010.

PEREIRA, W. C. C. O mal-estar na modernidade e perplexidade na pós-modernidade: desafios para a educação popular. In: _____. Nas trilhas do trabalho comunitário e social: teorias, método e prática. Belo Horizonte: Vozes: PUC Minas, 2001, Cap.1, p.21-78.

PONTA GROSSA. Lei Municipal 4.658, de 06 de dezembro de 1991. Institui o Conselho Municipal de Saúde – COMSAÚDE e dá outras providências. Câmara municipal de Ponta Grossa, 1991. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/419868/lei-4658-91-ponta-grossa-pr>>. Acesso em: 08 de maio 2012.

_____. Lei Municipal 4.728, de 07 de maio de 1992. Altera a redação do art. 2º da Lei nº 4658. Câmara municipal de Ponta Grossa, 1992. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/419636/lei-4728-92-ponta-grossa-pr>>. Acesso em: 08 de maio 2012.

_____. Regulamento da 8ª conferência municipal de saúde de Ponta Grossa. Ata da 12ª reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, 2009a.

_____. Relatório final da 8ª conferência municipal de saúde de Ponta Grossa – 31/10/2009. Conselho Municipal de Saúde, 2009b.

_____. Plano municipal de saúde 2010-2013. Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

_____. Regulamento da 9ª conferência municipal de saúde de Ponta Grossa. Resolução nº 012/2011, Conselho Municipal de Saúde, 2011a.

_____. Relatório final da 9ª conferência municipal de saúde de Ponta Grossa – 22 e 23 de julho de 2011. Conselho Municipal de Saúde, 2011b.

_____. Plano municipal de saúde 2012. Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

PUTNAM, R. D. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. 5.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

SADER, E. O poder, cadê o poder? In: LÖWY, M. (org.) O marxismo na América Latina: uma antologia de 1909 aos dias atuais. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 1999. p.532-536.

SCHIMANSKI, E. Conservadorismo e tradição em Ponta Grossa: representação social, mito ou realidade na política local? 165 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2007.

SILVA, J. A. da. Curso de direito constitucional positivo. São Paulo: Malheiros, 2004.

SILVA, S. C. e. A configuração do poder local institucionalizado em Carambeí e suas perspectivas para o desenvolvimento social municipal. 226 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2008.

SILVA, S. F. da. Municipalização da saúde e o poder local: sujeito, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

SIMIONATO, I. Razões para continuar utilizando a categoria sociedade civil. In: LUIZ, D. E. C. (org.) Sociedade civil e democracia: expressões contemporâneas. São Paulo: Veras Editora, 2010.

SLAVIERO, L. Vereadores fazem raio-x da saúde em Ponta Grossa. Portal Comunitário.

Ponta Grossa, 07 de abril de 2011. Disponível em: <<http://www.portalcomunitario.jor.br/index.php/vereadores/437-comissao-especial-de-saude-e-instaurada-com-o-objetivo-de-identificar-problemas-do-setor>>. Acesso em 15 de julho de 2013.

TATAGIBA, 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. p.47-104.

TAVARES, A. R. Curso de direito constitucional. 6.ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

TENDLER, J. Bom governo nos trópicos – uma visão crítica. Rio de Janeiro, Revan, 1998.

THE ECONOMIST. Democracy index 2012: Democracy at a standstill. The Economist Intelligence Unit Limited, 2013. Disponível em: <https://portoncv.gov.cv/dhub/porton.por_global.open_file?p_doc_id=1034>. Acesso em 01 de novembro de 2013.

TONELLA, C. Poder local e políticas públicas: o papel dos conselhos gestores. Maringá: Eduem, 2006.

TORLONI, H. Política de saúde – cap.08. In: _____. Estudo de problemas brasileiros. 9.ed. São Paulo: Edta. Pioneira, 1977. p.161-180.

TRIVIÑOS, A. N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2011.

WOLKMER, A. C. Ideologia, estado e direito. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

SOBRE O AUTOR

Pedro Fauth Manhães Miranda

Doutorando em Direito, pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Mestre em Ciências Sociais Aplicadas, pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Bacharel em Direito, pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), e em Ciência Política, pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER). Professor de Direito, Ciência Política, Sociologia e disciplinas afins, atualmente nas instituições Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e Instituto de Filosofia e Teologia Mater Ecclesiae (IFITEME). Advogado inscrito na OAB/PR.

ÍNDICE REMISSIVO

A

assistência social 10, 115
associações 9, 10, 19, 36, 38, 55, 57, 92, 102, 113,
131, 132

B

burguesia 20, 30, 38
burocrático 141, 162, 178, 185

C

capitalismo 19, 24, 28, 41, 68, 111
capitalista 18, 20, 21, 30, 38, 41, 64, 92, 93, 101, 143,
192
Carta Magna 27, 29
cidadão 9, 25, 26, 32, 36, 37, 76, 81, 92, 155, 160
colegiados 9, 36, 39, 58, 87, 91, 92, 100, 101, 104,
106, 123, 127, 134, 140, 142, 183, 184, 185

D

democracia 7, 17, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36,
37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 52, 53, 62, 68, 72, 92,
114, 141, 145, 181, 182, 190, 192, 193, 194, 196
descentralização 10, 19, 39, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53,
57, 59, 61, 62, 71, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 91,
98, 99, 100, 126, 127, 167, 182, 183, 189, 190
direitos 14, 17, 18, 21, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 35,
37, 40, 41, 44, 46, 47, 51, 52, 54, 55, 58, 63, 66, 69, 72,
73, 92, 94, 96, 97, 132, 142, 145, 146, 155, 159, 178,
195

E

economia 9, 17, 18, 19, 20, 29, 32, 37, 39, 50, 52, 53,
158
educação 10, 26, 31, 32, 37, 44, 45, 53, 55, 70, 72, 74,
75, 78, 93, 148, 153, 156, 158, 159, 168, 196, 197
eleições 33, 36, 42, 54, 72
eleitores 9, 33, 54
estatal 9, 17, 18, 20, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 35, 38, 39,
47, 73, 76, 95, 106, 113, 130, 172, 184, 186
estratégicas 7, 10, 11, 13, 100, 118, 119, 120, 121, 124,
125, 135, 140, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 154, 156,
157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 168,
170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 180, 184, 185, 186,
187, 188
ético-político 22

F

federativo 58, 85, 99, 167, 190
fiscalizadores 9, 103, 168

G

gastos públicos 29, 68
gestão pública 10, 55, 59, 84, 91, 92, 119, 132, 156, 186
globalizado 55
gramsciana 9, 22, 24, 25, 42, 54, 56, 78, 129, 188

H

hegemônica 22, 23, 42, 43, 46, 69, 111, 143, 152
heterogeneidade 44, 45, 59, 133, 137, 162, 178
hierarquização 73, 77, 79, 80, 81

I

iatrocêntrica 95, 116
ideologias 16, 22, 23, 24, 25, 43, 44, 45, 54, 101, 118
institucionalizados 38, 39, 105, 106, 138, 141, 144

L

liberalismo 14, 17, 18, 20, 23, 29, 40, 181

P

política 7, 9, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 72, 74, 75, 76, 78, 79, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 89, 91, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 129, 130, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 161, 162, 163, 165, 167, 168, 169, 172, 174, 177, 179, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 196
políticas públicas 9, 10, 12, 31, 39, 58, 83, 85, 87, 91, 94, 96, 98, 105, 126, 129, 132, 140, 141, 142, 148, 150, 157, 158, 159, 166, 168, 188, 189, 197
politização 91, 139
privatista 67, 74, 83
privativas 49
pública 8, 9, 10, 17, 19, 31, 36, 38, 40, 48, 52, 55, 56, 59, 64, 65, 66, 67, 74, 76, 77, 78, 84, 89, 91, 92, 102, 107, 112, 116, 117, 119, 122, 124, 131, 132, 133, 134,

136, 137, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 150, 153, 156,
158, 167, 171, 175, 176, 177, 185, 186, 191, 192, 194

R

redemocratização 9, 12, 25, 30, 35, 41, 57, 58, 62, 73,
82, 91, 94, 100, 102, 111, 113, 182

relacional 15, 16, 25, 56, 67, 98, 133, 153, 183, 189

S

saúde 8, 10, 11, 12, 13, 26, 31, 32, 37, 38, 39, 49, 62,
63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77,
78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92,
94, 95, 96, 98, 99, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 110,
111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121,
122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132,
133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 144, 146,
147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157,
158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168,
169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179,
180, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193,
194, 195, 196, 197

serviço público 36, 52, 77, 81, 130

sindicatos 9, 21, 38, 92, 102, 132

sociabilidade 91

sociais 9, 10, 16, 17, 18, 20, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 30,
31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 43, 45, 46, 51, 52,
53, 55, 56, 61, 62, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 77, 86, 87, 95,
96, 97, 98, 100, 101, 102, 105, 110, 111, 112, 113, 118,
129, 130, 132, 133, 134, 140, 143, 146, 148, 153, 159,
173, 174, 177, 179, 183, 184, 187, 188, 190, 193, 194,
197

socialização 9, 12, 22, 36, 45, 54, 55, 98, 99, 157, 182,
183

subjativista 15

substancialista 15

SUS 12, 13, 36, 38, 73, 75, 76, 77, 79, 81, 82, 83, 84,
85, 87, 88, 89, 90, 91, 95, 96, 98, 99, 100, 112, 116,
127, 130, 131, 132, 136, 144, 147, 148, 149, 150, 151,
152, 153, 154, 155, 157, 158, 160, 161, 166, 170, 179,
189, 190, 191, 192, 193, 194, 195

V

verba pública 131, 144, 145, 176

