

ANDRÉIA DE OLIVEIRA

**A PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS CONSELHOS POPULARES DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC**

Florianópolis, fevereiro de 2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA — UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE

A PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS CONSELHOS POPULARES DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC

ANDRÉIA DE OLIVEIRA

PROF. DR. MARCO AURÉLIO DA ROS

Florianópolis, fevereiro de 2001



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**" PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS CONSELHOS POPULARES DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC"**

AUTORA: ANDRÉIA DE OLIVEIRA

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM: **ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Prof. Dra. Maria Helena Bittencourt Westrupp
~~COORDENADORA DO CURSO~~

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marco Aurélio da Ros
(Presidente)

Prof. Dr. Alcides Rabelo Coelho
(Membro)

Profa. Dra. Ivete Simionatto
(Membro)

Profa. Dra. Águeda Wendhausen
(Membro)

Profa. Dra. Vera Lúcia G. Blank
(Suplente)

Dedicatória

Este trabalho é carinhosamente dedicado a minha meiga e amada filha Marina, de cinco anos, que deve ter sofrido as minhas freqüentes ausências, principalmente nos passeios e nas brincadeiras.

Aos meus pais, Leida e Edaci, pela força e bondade sempre presentes.

Aos meus irmãos Luisinho e Charles, amigos de sempre.

AGRADECIMENTOS

Aos conselheiros dos Conselhos Populares de Saúde, pela oportunidade de realizar esta pesquisa. “Espero sinceramente que estas reflexões venham contribuir no processo participativo e democratizante, pois o objetivo deste estudo vai além do cumprimento dos requisitos acadêmicos.”

Ao estímulo, apoio e afeto de meus familiares.

À Prefeitura Municipal de Criciúma, pois sem a liberação provavelmente eu não poderia ter levado este projeto adiante.

Ao meu orientador, professor Marco Da Ros, pela confiança, dedicação e apoio. “Marcão, além de orientador você demonstrou ser um grande amigo e foi nessa relação que se construiu esta dissertação”.

À coordenação, professores e colegas do mestrado, que nessa caminhada tornaram-se amigos.

Ao Miguel, que de colega de mestrado transformou-se em grande amigo e companheiro, que tanto tem contribuído para meu equilíbrio afetivo e emocional.

Às minhas grandes amigas do grupo de Assistentes Sociais da Prefeitura Municipal de Criciúma (Cristina, Gisa, Kátia, Gládys, Suzana, Vera e Maris) e professoras do curso de Serviço Social da Unisul (especialmente: Naira, Maria Helena, Elivete e Kátia). “Vocês foram e continuam sendo pessoas fundamentais na minha caminhada.”

Aos amigos Mara e Fúlvio, que foram grandes incentivadores para a realização deste mestrado. “Tenho admiração e carinho especial por vocês.”

Aos colegas do SAIS – Unisul, pela compreensão dedicada em alguns momentos difíceis.

Agradeço a todas as pessoas que colaboraram na construção deste trabalho com leituras, reflexões, sugestões, incentivo e afeto.

Enfim, a Deus, à vida, à protetora Santa Catarina de Alexandria e a todas as energias que brotam do universo.

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUÇÃO	01
1 POLÍTICAS DE SAÚDE E OS MARCOS DA PARTICIPAÇÃO NO SETOR	05
1.1 Estado Capitalista e Política Social	05
1.2 A participação e o controle social no Sistema de Saúde: a trajetória percorrida	13
2 A DIMENSÃO HISTÓRICA E METODOLÓGICA	29
2.1 Percurso metodológico	29
2.2 Criciúma: O contexto de estudo	33
2.2.1 Aspectos geográficos e ambientais	35
2.2.2 Aspectos sócio-econômicos e demográficos	37
2.2.3 Desenvolvimento sócio-político	41
2.3 O processo de construção da Política de Saúde no Município	50
3 A DINÂMICA DOS CONSELHOS POPULARES DE SAÚDE	59
3.1 Os Conselhos Populares de Saúde no Município: uma "velha" história	59
3.2 Papel do Conselho Popular de Saúde: entendimento dos conselheiros	68
3.3 Dinâmica dos Conselhos Populares de Saúde	76
3.3.1 Da composição e do processo de eleição no CPS	76
3.3.2 Dinâmica interna dos CPS	82
3.4 Limites e possibilidades dos Conselhos Populares de Saúde	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS	109

RESUMO

O presente estudo refere-se à participação popular nos Conselhos Locais de Saúde no município de Criciúma - SC, denominados localmente de Conselhos Populares de Saúde - CPS. O eixo de análise voltou-se para a possibilidade dos CPS constituírem-se numa forma efetiva de participação popular e social, identificando os limites dessa participação. As estratégias conselhistas estão sendo colocadas no conjunto das várias políticas sociais, numa perspectiva processual de consolidação democrática brasileira. Porém, as possibilidades de mudanças em busca da democratização do país se dão em meio a uma crise social, em decorrência das transformações da sociedade capitalista contemporânea, que vem marcada pela hegemonia neoliberal. Neste sentido, este estudo parte de uma discussão sobre as políticas de saúde e os marcos da participação no setor saúde, adentrando questões relacionadas ao Estado capitalista e à política social. Trata-se de um estudo de caso, que utiliza a pesquisa qualitativa como método de investigação e em que os dados empíricos constituíram-se a partir de entrevistas semi-estruturadas e de fontes documentais relacionadas aos Conselhos Populares de Saúde. Buscou-se localizar a gênese da participação na história de Criciúma, para compreender o contexto atual dos CPS. Refletiu-se o papel dos CPS na concepção dos conselheiros, sua dinâmica interna (composição, processo de eleição, principais ações, lutas e conquistas), apontando os limites e possibilidades da prática democrática dos Conselhos. Nas considerações finais, ao refletir todo esse processo dos CPS, discutindo seus limites, apontou-se para possibilidades de sua implementação como forma possível de resistência, em que a contribuição dos profissionais da área torna-se de fundamental importância no processo.

Palavras-chave: participação comunitária, popular e social; controle social; conselhos de saúde.

ABSTRACT

The present study refers to popular participation in the Local Councils of Health in Criciúma (SC), which are called Popular Councils of Health – CPS. The pivot of analysis was the possibility of the CPS consisting on an effective form of social and popular participation, identifying the limits of that participation. The council strategies are being placed in the group of the social politics according to a perspective of Brazilian democratic consolidation. However, the possibilities of changes for reaching the democratization of the country happen within a social crisis, as a result of the transformations of the contemporary capitalist society, where we perceive the neo-liberal hegemony. Thus this study starts from a discussion on health politics and the landmarks of the participation in such a sector, concerning matters of capitalist State and social politics. This is a study of case that utilizes the qualitative research as the method of investigation, and in which empirical data were derived from semi-structured interviews and documental sources related to the Popular Councils of Health. There is an attempt to find the genesis of participation in the History of Criciúma, in order to understand the current context of The CPS. The role of the CPS is thought over according to the councilors conception, as well as their internal dynamic (composition, process of election, main actions, efforts and conquests), pointing out, therefore, limits and possibilities of the councils. In the final comments, when reflecting the whole process of the CPS by discussing on their limits, possibilities of implementations are raised as a way of resistance, in which the contribution of professionals in the field becomes of essential importance for the process.

Keywords: community, popular and social participation; social control; councils of health.

INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira, impulsionada pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) como conquista do movimento sanitário brasileiro, representou uma matriz do pensamento político contra-hegemônico, com relação ao pensamento político constituído na época, marcando e modificando a história do movimento social pela saúde no Brasil. Num período de abertura política, de transição do regime militar para o sistema político-democrático no Brasil, alguns dos princípios da Reforma Sanitária materializaram-se na Assembléia Nacional Constituinte (1988), em um contexto de reformas democráticas voltadas para a redefinição das relações entre Estado e sociedade civil, após o longo período de ditadura militar.

Assim, a Constituição Federal de 1988 apresentou avanços no campo das políticas sociais e, em especial, na área da saúde, levando ao reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Esse direito foi regulamentado em 1990 com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, cujas diretrizes fundamentais são a universalização, descentralização e participação da comunidade. Desta forma, o mecanismo constitucional foi configurado em termos operacionais, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS, através das Leis Federais 8080/90 e 8142/90, estendendo-se às Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais.

A Carta Constitucional de 1988 definiu novos canais que apontam para mecanismos de participação no campo de ação das políticas sociais e, no caso deste estudo, das políticas de saúde, instituindo a criação de Conselhos integrados por representantes dos diferentes segmentos da sociedade, de composição mista e paritária, de natureza deliberativa, constituindo-se em espaços de participação social nas diferentes esferas de ação governamental.

Como instrumentos privilegiados em busca de democratização, de fazer valer os direitos e necessidades sociais, os Conselhos vêm numa perspectiva de romper com as tradicionais formas

de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões do poder público. Nessa perspectiva Carvalho (1995), ao analisar o significado da proposta dos Conselhos na área da saúde afirma que “situando-se na contramão da tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado brasileiro, aparecem como um constructo institucional expressivo da imagem - objetivo de democracia em saúde, perseguido pelo processo de Reforma Sanitária”. (p. 04).

Nesse sentido, as estratégias conselhistas, pensadas como mecanismos democratizadores, estão sendo colocadas no conjunto das várias políticas sociais, numa perspectiva processual de consolidação democrática brasileira, sendo consideradas como um novo locus no exercício do poder político.

Por outro lado, as possibilidades de mudanças, em busca da democratização do país, ocorrem em meio a uma crise social decorrente das transformações da sociedade capitalista contemporânea, tornando os anos 80 e 90 palco de profundas mudanças mundiais. Conforme Almeida (1997), essas mudanças têm alterado de forma importante a natureza das relações econômicas e de poder entre Estados nacionais, bem como as atitudes políticas e socioculturais da humanidade em relação a valores e princípios até então considerados consolidados e amplamente aceitos. Tais mudanças vêm marcadas pela hegemonia neoliberal, pensamento que tem como objetivos principais a desregulamentação e a liberalização dos mercados nacionais e internacionais, a redução substancial do tamanho do Estado e a privatização das empresas estatais e dos serviços públicos. (Anderson, 1995)

Essas e outras questões tornam a consolidação da democracia uma tarefa árdua e complexa nos tempos atuais, como coloca Iamamoto (1998) “o momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários”. (p. 17).

É diante desta conjuntura e partindo dessa perspectiva, que nos desafiamos a estudar a experiência dos Conselhos Locais de Saúde no município de Criciúma/SC, denominados e conhecidos como Conselhos Populares de Saúde – CPS. Este município, situado no sul de Santa Catarina, com uma população de 160 mil habitantes, tem nos últimos 50 anos do século XX uma história marcada pela organização social local. (Teixeira, 1996)

Na área da saúde, este município, além da experiência de Conselho Municipal de Saúde, prevista em lei, vivencia também a experiência de Conselhos Populares de Saúde junto aos bairros, como proposta da Secretaria Municipal de Saúde, a partir de 1994, como forma de “incentivar

a participação popular na formulação da política e da execução das ações de saúde, buscando garantir que a sociedade deixasse de ser apenas usuária dos serviços para transformar-se em agente de mudanças”. (Plano Municipal de Saúde, 1994)

Considerando os aspectos anteriormente colocados e nossa vinculação como profissional de saúde do quadro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do referido município, chegou-se ao seguinte questionamento de pesquisa: Os Conselhos Populares de Saúde – CPS constituem-se numa forma efetiva de participação popular?

Essa questão levou-nos a formular o seguinte objetivo de pesquisa: Identificar e analisar os limites da participação popular nos Conselhos Populares de Saúde – CPS no município de Criciúma. Para chegar a esse objetivo algumas outras especificidades precisaram ser levadas em conta: Investigação do processo histórico da participação em Criciúma até se constituírem os CPS, e a partir desta, a história específica dos CPS; descrição da forma como os CPS organizam suas ações, os fundamentos que as direcionam, a relação com o poder público e equipe de saúde local; identificação da concepção dos conselheiros sobre o papel dos CPS. A trajetória cumprida para alcançar esses objetivos permitiu que levantássemos algumas possibilidades de superação desses limites.

A natureza do objeto deste trabalho levou-nos a um Estudo de Caso, sendo utilizado como método de investigação a pesquisa qualitativa, na qual procuramos apresentar, descrever e analisar os dados numa perspectiva dialética marxista.

Para construir o universo empírico da investigação foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, individuais, gravadas e aplicadas pela pesquisadora, no mês de janeiro/2000, com 04 (quatro) lideranças participativas de CPS em funcionamento. Destes Conselhos em funcionamento, foram entrevistados um membro da equipe local de saúde de cada unidade, totalizando 04 (quatro) técnicos entrevistados. Realizamos também entrevistas com integrantes de 03 (três) CPS que se encontram desativados, mas que tiveram uma participação importante nos anos anteriores e entrevistamos 02 (dois) representantes titulares dos CPS no Conselho Municipal de Saúde - CMS.

Como suporte para a análise, examinamos fontes documentais, relatórios dos Seminários dos CPS, Estatuto dos CPS, relatório da I Conferência Municipal de Saúde, atas de reuniões dos CPS e Plano Municipal de Saúde. Buscando apreensão da temática em questão, foram fontes importantes de consultas os livros, artigos e trabalhos acadêmicos que apresentavam relação com o objeto de estudo.

Procurando expressar a análise realizada sobre a experiência de participação popular dos CPS de Criciúma, estruturamos o corpo deste trabalho em três momentos.

No capítulo I, refletimos sobre as políticas de saúde e os marcos da participação no setor, perpassada pela forma como as políticas sociais foram se constituindo na trajetória do Estado capitalista, destacando o movimento de Reforma Sanitária e os limites de sua implementação no contexto neoliberal, constituindo este, a base teórica de nosso estudo.

No capítulo II, discutimos a dimensão histórica e metodológica deste estudo. Num primeiro momento descrevemos o percurso metodológico percorrido e num segundo, buscamos contextualizar o município de Criciúma, explicitando seus aspectos geográficos, ambientais, demográficos, seu desenvolvimento sócio-econômico e sócio-político. Na seqüência, descrevemos o processo de construção da política de saúde no município, buscando relacionar a dinâmica histórica do município, em que se dá a sustentação e implantação do SUS e, conseqüentemente, a criação dos CPS, explicitado como último item deste capítulo.

No capítulo III, desenvolvemos mais diretamente a análise das informações obtidas e, partindo da dimensão da prática dos CPS, procuramos analisar de que forma se constitui a participação popular nesses Conselhos. Assim, descrevemos primeiramente o processo histórico de criação dos CPS, para em seguida refletir a sua dinâmica, seu processo participativo, a construção de seu papel, suas principais ações, lutas, conquistas, seus limites e possibilidades, procurando evidenciar a relação estabelecida entre Estado e CPS.

O predomínio do caráter consultivo, a participação atrelada à administração municipal, a cooptação de lideranças para o fortalecimento de interesses políticos setoriais e/ou pessoais e processo de Reforma Sanitária vertical foram algumas das questões percebidas e que buscamos descrever e analisar ao longo deste capítulo. Evidenciamos, também, momentos de conquistas, formas de resistência ao projeto neoliberal, que vêm contribuir para o processo de democratização do setor saúde.

E, por último, apresentamos as considerações finais deste estudo, que expressam as reflexões que conseguimos fazer, e ao mesmo tempo apontamos possibilidades de implementação da prática dos CPS, com o intuito de contribuir com o processo de discussão da democratização e participação popular no setor, numa perspectiva de resistência à conjuntura neoliberal.

1 - POLÍTICAS DE SAÚDE E OS MARCOS DA PARTICIPAÇÃO NO SETOR

*É, a gente quer valer o nosso amor, a gente quer valer nosso suor,
a gente quer valer o nosso humor, a gente quer carinho e atenção,
a gente quer suar mas de prazer, a gente quer ter muita saúde,
a gente quer ter a liberdade, a gente quer viver felicidade (...),
a gente quer viver pleno direito, a gente quer viver todo o defeito,
a gente quer viver uma nação, a gente quer ser cidadão.*

(Gonzaguinha)

1.1 Estado Capitalista e Política Social

Tratar da participação popular no setor saúde nos leva a adentrar no cenário em que se insere a política de saúde, que historicamente vem sofrendo constantes transformações, num contexto econômico, social, cultural e político da sociedade brasileira, marcado pelo desenvolvimento capitalista periférico e de um Estado comprometido com os interesses do capital.

Compreender a formação das políticas de saúde requer uma reflexão em torno das políticas sociais e implica num esforço de situá-las no contexto de desenvolvimento do Estado capitalista. Conforme Faleiros (1995), as medidas de política social só podem ser entendidas no contexto da estrutura capitalista e no movimento histórico das transformações sociais dessas mesmas estruturas.

Fleury (1992), ao analisar os determinantes da intervenção do Estado através das políticas sociais, leva em consideração dois fatores importantes: a Política Social e a Intervenção Estatal. A Política Social é a resultante das relações que historicamente se estabelecem no desenvolvimento das contradições entre capital e trabalho; no campo das políticas sociais encontram-se interesses de natureza diversa e contraditórios, diante da presença de atores na cena política,

com seus projetos, estratégias e alianças, o que vem multideterminar a Intervenção Estatal. Essa intervenção é agrupada pela autora em duas grandes categorias: as necessidades decorrentes do processo de acumulação capitalista e a luta pela hegemonia.

Buscaremos primeiramente realizar uma breve discussão da trajetória do Estado capitalista, entendendo suas formas e estratégias de acumulação e hegemonização, para posteriormente adentrarmos na política de saúde e discutirmos uma das formas de resistência, uma das possibilidades contra-hegemônicas ao projeto neoliberal, que vem esfacelando com as políticas sociais.

O Estado capitalista, desde seus primórdios, esteve voltado para os interesses do capital, onde seu surgimento se deu, conforme Engels, diante da necessidade de uma:

...instituição que não só assegurasse as novas riquezas individuais contra as tradições comunistas da constituição gentilícia, que não só consagrasse a propriedade privada (...), e fizesse dessa consagração santificadora o objetivo mais elevado da comunidade humana, mas também imprimisse o selo geral do reconhecimento da sociedade às novas formas de aquisição da propriedade. (...) uma instituição que não só perpetuasse a nascente divisão da sociedade em classes, como também o direito de a classe possuidora explorar a não possuidora e o domínio da primeira sobre a segunda. (Engels, 1987, p. 120).

A burguesia nascente precisava tomar o poder para disseminar essa idéia, em que o Estado se tornaria a grande estratégia de exercício de poder de uma classe (a burguesia) sobre as demais.

Partindo deste pensamento de lógica histórica, entendemos ser importante deixar claro, nesse momento, que concebemos o Estado não mais como um mero comitê da burguesia, mas como espaço de conflito, de contradições, em que se condensam as lutas sociais e políticas que ocorrem na sociedade. Sendo assim, as concepções de Estado e sociedade civil estão incorporadas à nossa análise no contexto da tradição gramsciana da teoria ampliada do Estado. (Gramsci, 1987).

Estabelecendo novos nexos e articulações entre economia e política, sociedade civil e Estado, estrutura e superestrutura, a contribuição de Antônio Gramsci enriquece a teoria marxista clássica de Estado, considerado em sentido estrito como organismo de coerção e dominação pela classe dominante. Para Gramsci, o Estado comporta duas esferas: a sociedade política, ou Estado no sentido estrito da coerção (como a polícia militar, forças armadas, exército, etc), e a sociedade civil, constituída pelo conjunto de organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das

ideologias, (como as associações, sindicatos, organizações profissionais, partidos políticos, etc.). São essas duas esferas que formam em conjunto o Estado no sentido amplo. (Gramsci, 1987).

O conceito de Estado de Gramsci leva a conceituar hegemonia, como o predomínio cultural e ideológico, que é apropriado por uma classe, exercido sobre o conjunto da sociedade civil, articulando seus interesses particulares com as demais classes, de modo que eles venham a se constituir em interesses gerais. (Gramsci, 1987).

Retornando a discussão da formação do Estado moderno, percebe-se que o mesmo está fundado no aparecimento da propriedade privada, caracterizando-se, em última instância, como um aparato de dominação que visa reproduzir a totalidade das relações sociais, segundo os interesses dominantes. (Raichelis, 1988).

Portanto, o Estado capitalista representa os interesses do capitalismo, que historicamente intervém nas desigualdades sociais para evitar que se traduzam em lutas políticas desestabilizadoras da ordem social e política.

Demo (1995), buscando uma sistematização, apresenta quatro modelos de Estado, dois no sistema capitalista e dois no socialista. No sistema socialista, diferencia o Estado Socialista Mínimo, pretendido por Marx; e o Estado Socialista Máximo, imposto por Lênin através da Revolução Russa de 1917. No sistema capitalista, o Estado Capitalista Mínimo, a economia de mercado como a reguladora central da sociedade e do Estado; e o Estado Capitalista Máximo, representado pelo Welfare State, colocando o bem-estar comum, sem dispensar o papel clássico do mercado no capitalismo. Buscaremos nos deter nestes dois últimos para entendermos a situação atual das políticas sociais.

Historicamente, o Estado mais identificado com o capitalismo foi o Estado Liberal, (Estado Capitalista Mínimo), como existiu no século XIX. Baseado no Liberalismo, que tem como princípio a afirmação do indivíduo como elemento a partir do qual se organiza o social (Brandão, 1991), esse Estado é entendido como um poder separado da sociedade e da economia, que tem como fundamento a defesa dos direitos privados, inclusive contra a intervenção do próprio Estado. (Antunes, 1999).

Com o agravamento da questão social¹ do século XIX, com o aumento da miséria

¹ Questão social é entendida neste trabalho como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade... Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem... apreender a questão social é também captar as múltiplas formas de pressão social, de inovação e de re-invenção da vida construídas no cotidiano, pois é no presente que estão sendo recriadas formas novas de viver, que apontam um futuro que está sendo germinado.” (Iamamoto, 1998, p. 27-28)

generalizada, as extenuantes jornadas de trabalho, a exclusão dos direitos políticos, entre outros, intensifica-se a polêmica em torno das questões sociais e sobre o papel do Estado. Tal contexto desencadeia um forte movimento ético-político contrário a esta ordem social e política, principalmente os movimentos populares de perspectivas socialistas, sobretudo no período que vai das grandes insurreições operárias de 1848 até a revolução Russa de 1917.

O capitalismo liberal vivia uma crise de legitimidade. De um lado, os socialistas lutando contra a injustiça da economia de mercado competitivo e vislumbrando o progresso social através do socialismo. De outro, os reformistas destacando a eficiência produtiva do sistema capitalista, defendendo a intervenção compulsória do Estado para alterar e redirecionar as ações do mercado. Por último, os conservadores reivindicando, do Estado, apoio e estímulo ao mercado e à prestação de serviços sociais apenas às pessoas incapacitadas de trabalhar e de prover o próprio sustento. (Silva, 1999).

Assim, difundiram-se as idéias reformistas do Estado, de que a gestão dos problemas sociais devia integrar o conjunto de suas ações. Amplia-se o Estado em sua base representativa, como em suas funções econômicas e sociais, passando os Estados nacionais a intervirem e regularem cada vez mais as relações entre capital e trabalho. “O capitalismo foi compelido a demonstrar ao mundo que pleno emprego, bem-estar e democracia eram possíveis sem revolução social. Este parecia ser o único modo viável, naquele momento, de deter o avanço das idéias socialistas e comunistas entre as classes subalternas e, também, de anular a influência da União Soviética sobre as nações periféricas do capitalismo”. (Hobsbawm apud Ábreu, 1999, p. 38).

Portanto, diante da crise econômica instalada principalmente a partir de 1929 e pela segunda guerra mundial (1939-45), consolida-se o chamado Estado do Bem-Estar Social. Para tanto, baseia-se nas teorias de John M. Keynes (inglês), que criticando a teoria econômica liberal, apresenta um novo formato da política Estatal baseada em dois princípios: pleno emprego e igualdade. A intervenção do Estado voltava-se, portanto, para a política fiscal e financeira e para a política social (expansão do emprego público e criação de novos aparelhos de consumo coletivo). (Brandão, 1991).

Coube ao Estado do Bem-Estar Social, conforme Iamamoto (1998), viabilizar salários indiretos por meio das políticas públicas, operando uma rede de serviços sociais, que permitisse liberar parte da renda monetária da população para o consumo de massa e conseqüentemente para a dinamização da produção econômica.

Assim sendo, o Estado assumiu papéis de cobertura generalizada de benefícios sociais, dentre eles a universalização da previdência, da assistência, da educação básica, do seguro-desemprego, da saúde, buscando-se garantir acesso satisfatório ao bem estar social. (Demo, 1995).

Poderíamos dizer que a ampliação dos direitos sociais, a partir da emergência da questão social e da crise econômica mundial, portanto, forma a base conceitual e política do Estado de Bem-Estar ou Welfare State. A economia política que sustenta o Estado do Bem Estar Social possuía, conforme Chauí (2000), três características principais:

a) O fordismo da produção, no qual a organização do processo produtivo implicava a produção em série e em massa para o consumo massivo, controlado por meio de planejamento e da chamada “gerência científica”, a organização do trabalho, a produção de grandes estoques e o controle dos preços.

b) A inclusão dos trabalhadores no mercado de trabalho, a partir da idéia do pleno emprego.

c) Monopólios e oligopólios que tinham como referência reguladora o Estado Nacional.

Para a viabilização desta economia política voltada para o bem estar social, era necessário que o Estado nela atuasse como regulador e como parceiro, o que se realizou através da criação do fundo público. Esse fundo operava pelo financiamento simultâneo da acumulação do capital e pelo financiamento da reprodução da força de trabalho, alcançando toda a população através de gastos sociais. Contudo, o que ocorreu foi a socialização dos custos da produção e manutenção da apropriação privada dos lucros ou da renda.

O Estado, diante deste processo de garantia de acumulação e reprodução do capital e da força de trabalho, acabou endividando-se e entrou num processo de dívida pública, conhecido como déficit fiscal ou crise fiscal do Estado, colocando em risco a continuidade da lógica capitalista, que dá origem à aplicação da política neoliberal, que propõe o “enxugamento” do Estado.

As origens do neoliberalismo podem ser encontradas no liberalismo clássico do século passado. O neoliberalismo nasceu (Chauí, 1999) de um grupo de economistas, cientistas políticos e filósofos, entre os quais, Popper, Lippman e Hayek que, opondo-se ao Estado de Bem-Estar de estilo Keynesiano e social – democrata, elaboraram um projeto econômico e político, no qual atacavam o chamado Estado de providência com seus encargos sociais e com a função de regulador das atividades de mercado. Tais idéias navegam contra corrente nas décadas de 50 e 60, ganhando terreno a partir da década de 70, quando entra em crise o modelo econômico do pós-guerra.

Assim, conforme Anderson (1995), as idéias neoliberais são assumidas como a grande

saída, emergindo um Estado forte em sua capacidade de desarticulação dos sindicatos, condição primeira para possibilitar o rebaixamento salarial, aumentar a competitividade dos trabalhadores e impor a política de ajuste monetário, porém mínimo nos gastos sociais e nas intervenções econômicas. O objetivo principal dessas medidas, portanto, era atingir o poder dos sindicatos através de um exército de reserva de trabalhadores, tornando possível a ampliação da taxa natural do desemprego, implantando uma política de estabilidade monetária e uma reforma fiscal que reduza os impostos sobre as altas rendas e favoreça a elevação das taxas de juros, preservando o rendimento do capital.

O modelo foi aplicado primeiramente no Chile, depois na Inglaterra (Thatcher), e nos Estados Unidos (Reagan), expandindo-se para todo o mundo capitalista (com exceção dos países asiáticos) e depois, com a “queda do muro de Berlim”, para o Leste Europeu. Tem resultado no desemprego massivo, no corte dos gastos sociais, acompanhado de uma legislação anti-sindical, e num amplo programa de privatização dos órgãos do Estado.

Laurell (1995) observa que a crítica neoliberal ao Estado de Bem-Estar é centrada na oposição aos elementos da política social que implicam na desmercantilização, solidariedade social e coletivismo, o que vem a condenar os direitos sociais, a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais. Desta forma, o Estado só deve intervir para garantir o mínimo para aliviar a pobreza, através de uma política de beneficência pública ou assistencialista, condicionando o acesso a mesma à condição de indigência, evitando a garantia dos direitos sociais pela ação estatal.

Podemos dizer que são muitos os efeitos gerados pela política neoliberal, conforme Gentili (1985): o aumento da pobreza, miséria, exclusão social, corrupção, aniquilamento da esperança coletiva num modelo de sociedade mais justa e solidária, individualismo exarcebado, mercantilização da vida cotidiana, enfim, barbárie. Nesse sentido, Beto (2000) complementa essa discussão no que se refere aos efeitos do neoliberalismo no movimento popular, evidenciando a despolitização, as questões municipais predominam sobre as nacionais e mundiais, a prática social que predomina sobre as teorias revolucionárias, focalização das lutas por benefícios imediatos, deslocamento das lutas do macro para o micro.

Como sugere Anderson (1995), se o projeto neoliberal surgiu como uma terapia para animar o crescimento econômico capitalista, para deter a inflação, obter deflação como condição de recuperação dos lucros, fez crescer o desemprego e a desigualdade social. O neoliberalismo fracassou economicamente, pois não conseguiu nenhuma revitalização básica do capitalismo avançado. Por outro lado, o neoliberalismo conseguiu muitos de seus objetivos no âmbito social,

criando sociedades marcadamente mais desiguais.

No âmbito das políticas sociais são nítidas as consequências do neoliberalismo, tornando-as cada vez mais focalizadas, pulverizadas e privatizadas. Sob a ótica do enxugamento do Estado presencia-se o desmonte dos serviços sociais públicos, a irresponsabilidade do Estado com as políticas sociais e a não materialização dos direitos sociais dos cidadãos. Em contrapartida, o fundo público é cada vez mais desigualmente distribuído, tendo em vista a proteção do Estado com grandes oligopólios, o seu compromisso com a sustentação dos grandes capitais, ou até mesmo a desapareção do Estado nacional, que significaria a própria desapareção do Estado, que se dá principalmente pela globalização das relações internacionais que desencadeia a quebra das fronteiras nacionais. Assim, podemos falar de Estado mini-max, colocado por Sader e Gentili (1999, p. 122): “máximo para o capital e mínimo para o trabalho”.

Esta breve exposição da trajetória do Estado Capitalista atual serve de introdução e contexto do papel desempenhado pelo Estado brasileiro no Sistema de Saúde, que historicamente tem sido o de organizador dos consumidores, direcionador do financiamento e conciliador dos interesses organizados em torno da saúde, sobretudo daqueles articulados com os produtores privados, o que vem a consolidar o modelo de Estado voltado para os interesses do setor privado, apesar das mudanças ocorridas nos últimos anos. (Cohn & Elias, 1999).

Políticas sociais neste Estado, portanto, são cada vez mais focalizadas, privatizadas, afetando não só os direitos sociais, mas o próprio direito à vida. É nestes tempos de pauperização, de crescente exclusão social, econômica, política e cultural, que somos desafiados a encontrar formas de resistência, de possibilidades contra-hegemônicas.

Dentro dessa perspectiva, é importante refletir sobre uma categoria fundamental para as análises propostas neste estudo, a categoria “poder”.

O aprofundamento da categoria proposta é importante para a compreensão da nova estrutura da sociedade brasileira, na esfera do Estado. Tendo por base a concepção ampliada de Estado, constituído por espaço de conflitos, mencionado anteriormente, faz-se necessário explicitar a forma como entendemos poder, buscando identificar as diferentes instâncias, os novos modos do seu exercício.

Para tanto, utilizaremos a categoria “poder” a partir da sistematização teórica de Mário Testa (1992), que o apresenta como principal categoria analítica, em suas formulações sobre planejamento estratégico no campo da saúde. O autor apresenta três tipos de poder na área da

saúde: o poder administrativo, poder técnico e o poder político. “Poder técnico é a capacidade de gerar, aprovar, aceder, lidar com a informação de características diferentes. Poder administrativo é a capacidade de se apropriar e de atribuir recursos. Poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades ou interesses”. (Testa, 1992, p. 18).

Além de Mário Testa, outros autores referem-se a essa categoria, sendo considerado importante acrescentar também à análise o pensamento de Poulantzas.

Esse autor entende por poder “a capacidade, aplicada às classes sociais, de uma, ou de determinadas classes sociais em conquistar seus interesses”. (Poulantzas, 1990, p. 168).

Para o autor supra citado, o poder não é somente um poder de classe, mas vários poderes, ultrapassando as relações de classe, em que o poder materializa-se nos aparelhos e instituições específicas, e não só nos aparelhos de Estado, apesar de este manter-se presente organicamente na geração dos poderes de classe. “Na relação poder/aparelhos, e mais particularmente luta de classes/aparelhos, é a luta (das classes) que detém o papel fundamental, luta cujo campo é o das relações de poder, de exploração econômica e de domínio/subordinação político-ideológica. As lutas sempre detêm primazia sobre os aparelhos-instituições, e constantemente os ultrapassam”. (Poulantzas, 1990, p. 51).

As lutas, sejam elas econômicas, políticas ou ideológicas, constituem o campo primeiro das relações de poder. As lutas estão inscritas no campo estratégico dos dispositivos e aparelhos de poder, sendo o Estado o lugar central do exercício do poder político. É quando o Estado se “amplia” nos termos de Gramsci, passando a concebê-lo como um espaço de conflito, que são criadas as bases históricas para novos modos de exercício de poder dentro desse lócus.

Nessa esfera, inscrevem-se as lutas populares no âmbito do Estado, que se dão pela mudança do sentido da relação poder popular/Estado, podendo ser considerados, os Conselhos nas diversas políticas públicas, na atualidade, uma manifestação da presença do poder.

Nesse sentido, ganha importância examinar rapidamente a história percorrida pela política de saúde no Brasil, dando ênfase ao processo de Reforma Sanitária, preconizada na Constituição Federal de 1988, que traz à tona novos atores sociais na arena política do setor saúde.

Um recorte possível para analisar as políticas de saúde no Brasil pode ser a de Buss & Labra (1995), que ao considerarem as constantes transformações do Sistema de Saúde, acompanhando o contexto econômico, social, cultural e político da sociedade brasileira, argumentam

que tais transformações em seu percurso histórico vêm correspondendo, no setor, à lógica da acumulação do capital em oposição às reais necessidades de saúde da população.

Nesse percurso histórico, também podemos identificar diversos conceitos e práticas relativos à idéia de participação e controle social em saúde, que correspondem a uma variedade de enfoques políticos ideológicos, a partir de diversas formas de compreensão do Estado, dos grupos sociais, das relações Estado-Sociedade, do processo saúde-doença e das maneiras de nele intervir. (Carvalho, 1995).

1.2 A participação e o controle social no Sistema de Saúde: a trajetória percorrida

Segundo Mendes (1995), o Sistema de Saúde do início do século até meados dos anos 60 foi marcado pelo então chamado “sanitarismo campanhista” na área da Saúde Pública e também pela omissão no atendimento ao doente, que era disponibilizado somente por meio do benefício privado pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Com uma economia basicamente agroexportadora (café seu principal produto), que objetivava o controle de doenças que prejudicassem a exportação de mercadorias, a política de saúde estava vinculada aos interesses econômicos e políticos que ameaçavam a expansão das atividades econômicas capitalistas. (Aguilera & Bahia, 1993).

A ação do Estado se dá pela promoção de amplos programas de combate às endemias (febre amarela, varíola, cólera, malária, tuberculose, etc.), através de medidas de caráter autoritário, discriminatório e impopular, sendo as resistências tratadas como caso de polícia. (ibid.).

O controle social² aqui é claramente o do Estado sobre a sociedade, por suposto, incapaz sequer de compreender o alcance técnico das medidas. Dos interesses dos indivíduos e grupos da sociedade em saúde cuida o Estado, portanto exclusivo da verdade técnica e do poder decisório e executivo. A participação não chega a ser passiva; é como alvo. (Carvalho, 1995, p. 12).

2 Carvalho (1995), ao estudar os primórdios do termo controle social, identifica que primeiramente este termo foi usado pela sociologia, sendo seu autor provável o sociólogo Eduardo Ross, com um significado praticamente oposto daquele que é hoje utilizado. Na sociologia clássica, tem sido usado para designar os processos de influência da sociedade (ou do coletivo) sobre o indivíduo. Na sociologia durkheimiana, o controle se daria através da intensidade das obrigações ou pressões morais criadas no indivíduo pela sociedade. Freud apresenta uma dimensão subjetiva do controle social, ao conceber o superego como absorção das normas sociais pela estrutura da personalidade. Talcott Parsons busca uma síntese das contribuições da Sociologia e da Psicologia, através da compreensão da sociedade como um sistema social baseado na interação de personalidades, dependendo este sistema da efetividade do controle social. Para Hobbes, cabe ao Estado o papel de conter as forças e tendências desagregadoras presentes na sociedade em estado natural, estando o conceito de controle social voltado para a limitação do agir individual na sociedade.

Por outro lado, pode-se identificar focos de resistência, numa espécie de “contra participação,” como foi o caso da revolta popular contra a vacinação antivaríola obrigatória. (Carvalho, 1995).

Esse período também foi marcado pelos primórdios da Previdência Social no Brasil, na década de 20, através da Lei Eloy Chaves, que instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, durante um período de inquietações dos trabalhadores, sendo uma estratégia que serviu para contenção das greves, buscando enfraquecer a organização dos trabalhadores. (Conh & Elias, 1999).

A partir de 1930, o sistema previdenciário brasileiro passa por profundas reformulações, tendo como pano de fundo a crise econômica mundial e graves tensões políticas e sociais internas. Desse modo, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) para cada categoria de trabalhadores, sob presença direta do Estado na sua administração. Tanto as CAPs quanto os IAPs pressupõem uma administração através de colegiado, com participação de empregadores e empregados. Porém, na CAPs, o colegiado tinha poder deliberativo e não havia a presença do representante do Estado, já nos IAPs a direção cabia a um funcionário executivo, assessorado por um colegiado paritário de representantes de empregadores e empregados, sem poder deliberativo. (Ibidem)

Cabe salientar que nos IAPs a prestação de serviços era realizada fundamentalmente pela iniciativa privada, de quem a previdência comprava os serviços. (Mendes, 1995)

Destacamos nesse período a criação do Conselho Nacional de Saúde em 1937, quando a Lei 378 de 13 de janeiro prevê nova organização ao Ministério da Saúde, dando-lhe a atribuição de junto ao Conselho Nacional de Educação assistir o Ministério. (Carvalho, 1995).

Abafada entre a prática do sanitarismo campanhista e a crescente oferta de assistência médica pelo sistema previdenciário, estava a proposta de medicina comunitária norte-americana. Tal proposta aparece diante da necessidade do assentimento da população para a implementação e eficácia das ações de saúde pública. Vincula-se a uma mudança de compreensão do complexo saúde – doença, deslocando o foco das ações dirigidas à higiene do meio, para ser compreendida mais dinamicamente entre o homem e o meio ambiente.

Aparece, então, a idéia de participação comunitária em saúde, como um componente ideológico e prático dos movimentos dos centros comunitários de saúde norte-americanos, representando um novo padrão de relação entre Estado e Sociedade no setor saúde. Inaugura-se

enquanto proposta de captação de clientela para programas e ações que não poderiam se desenvolver sem o assentimento e a presença voluntária das pessoas. Nos centros de saúde onde deveriam realizar as ações o modelo perdeu muito de suas características iniciais. (Ibidem).

A participação comunitária originou-se das propostas de desenvolvimento da comunidade, institucionalizada pela ONU após a 2ª Guerra Mundial, no contexto de guerra fria. Essas propostas adquiriram a forma de ação comunitária nos EUA, onde o espaço de atuação foi a comunidade local, cujos problemas eram desconsiderados quanto à sua determinação estrutural. Pretendia-se resolver os problemas locais, a partir dos recursos locais num processo de auto-ajuda. (Fleury, 1988).

Antes de continuar essa reflexão, julgamos necessário situar o entendimento que se tem, neste estudo, sobre participação. O marco teórico adotado tem outra concepção de entendimento do conceito de participação. Trabalhamos, conforme Demo (1988), com a compreensão de participação como um processo de conquista, em constante vir-a-ser, não podendo ser entendida como dádiva ou como concessão.

Nesse sentido, participação é entendida como “o próprio processo de criação do homem ao pensar e agir sobre os desafios sociais, nos quais ele próprio está situado. Como tal é um processo dinâmico e contraditório... não é uma questão do pobre, do miserável ou do marginal; é questão a ser refletida e enfrentada por todos os grupos sociais... longe de ser política de reprodução da ordem, é, sobretudo, questão social”. (Souza, 1999, p. 81).

Desta forma, participação deve ser compreendida a partir de um contexto sócio-econômico, político e cultural, que se dá a partir de um processo histórico de acordo com as correlações de forças que atuam sobre a sociedade.

A discussão do processo histórico de participação no setor saúde tem como ponto de partida as reflexões de Carvalho (1995), que diferencia e contextualiza as diversas concepções de participação em saúde, partindo de algumas experiências vivenciadas no setor. Para tanto, tipifica três momentos de participação: “Participação Comunitária”, inaugurada como proposta de assentimento e presença voluntária das pessoas em programas e ações de saúde, em que comunidade é definida a partir de uma concepção funcionalista, culturalmente homogênea, predisposta à solidariedade, ao sentimento coletivo e ao trabalho voluntário de auto-ajuda. Trata-se de uma forma de comunitarismo, em que o espaço de atuação é a comunidade local, com pequena participação financeira do Estado, sem possibilidade de influenciar no processo decisório numa

perspectiva de transformação estrutural. Portanto, de caráter irrisório, propensa ao processo de manipulação e sem aumentar a participação da população na riqueza produzida; “Participação Popular”, que passa a ter o sentido de luta e contestação a um Estado cuja lógica é a de favorecer os já favorecidos. A participação nas decisões é valorizada em detrimento da participação nas ações, (embora esta não seja negada), vista como estratégia de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde; “Participação Social”, parte de um novo modelo de relação entre Estado – Sociedade, tornando-se categoria central a sociedade e não mais a comunidade ou o povo.

Nesse último caso, Carvalho (1995, p. 25) reflete: “A participação pretendida não é mais a de grupos excluídos por disfunção do sistema (comunidades), nem a de grupos excluídos pela lógica do sistema (povo marginalizado), e sim a do conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal”.

Acrescente-se a esta discussão a idéia de participação popular de Valla & Stotz (1991), que a diferencia das demais formas de participação, por ser uma representação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências, ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social. Para esses mesmos autores, participação popular é uma forma de participação social, entendendo esta como “às múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para poderem influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas na área social”. (p. 06).

Dáí surge a idéia de controle social como processo no qual a sociedade interfere na gestão pública, no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade, estabelecendo capacidade de participação e mudança. (Carvalho, 1995).

Retomando a discussão do processo histórico da participação no setor saúde, enfatiza-se, nos anos 50, a proposta de desenvolvimento da comunidade, num momento pós Segunda Guerra Mundial, num contexto de guerra fria e de um processo acelerado de industrialização. O governo norte-americano, por meio de uma política de “ajuda” e sedução a países subdesenvolvidos, promove extensos programas de desenvolvimento econômico e social, principalmente nas áreas de educação e agricultura, propondo participação comunitária e introdução de tecnologias voltadas para a melhoria da qualidade de vida por meio da organização comunitária.

No Brasil, o exemplo típico dessa visão foi o SESP - Serviços Especiais de Saúde Pública – autarquia inicialmente financiada pela fundação Rockefeller que implantou uma série de unidades de saúde no interior do país, onde pioneiramente combinavam-se ações curativas com ações preventivas e onde se desenvolviam práticas educativas voltadas para a comunidade na perspectiva de seu desenvolvimento sócio-sanitário. (Carvalho, 1995, p. 16).

Esse mesmo autor discute a que a proposta de participação comunitária está voltada para uma perspectiva funcionalista, definindo comunidade como um agrupamento de pessoas que coabitam num mesmo meio ambiente, de forma social e culturalmente homogênea, predisposta à solidariedade e sentido coletivo, desvinculada de uma inserção no contexto sócio-econômico mais amplo. E ainda conforme Carvalho, esta concepção pressupõe que “ a comunidade poderá combater a pobreza e a doença em função de sua capacidade de se unir, se organizar, se esforçar, numa versão coletiva da idéia do self-made man. A participação é fetichizada como o passaporte para as melhorias sociais”. (p. 17).

Com o deslocamento da economia para os centros urbanos, a partir do processo de industrialização, o sanitarismo campanhista não corresponde às necessidades da então economia industrializada, sendo configurado um novo modelo, denominado médico-assistencial privatista, que vigorará hegemônico de meados dos anos 60 até meados dos anos 80. (Buss & Labra, 1995).

Para Mendes (1995), esse modelo assenta-se no seguinte tripé: o Estado como o grande financiador do sistema, através da Previdência Social; o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de assistência médica; o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente biomédicos e medicamentos.

Ainda conforme esse mesmo autor, esse modelo corresponde ao padrão de desenvolvimento capitalista no país nos anos 70, apoiado na articulação solidária entre Estado, as empresas multinacionais e as empresas privadas nacionais, com nítida exclusão das classes populares da arena política.

Nesse período, o padrão de proteção social baseia-se em um modelo centralizador e pseudo-racionalizador, alheio às reivindicações da cidadania. Por outro lado, busca legitimidade, principalmente através do sistema previdenciário, via expansão de cobertura, com tendência à universalização e à introdução de novos benefícios. (Bodstein, 1993)

Não se pode ignorar o cenário político desse momento, marcado por uma ditadura militar, sendo denominado de “desenvolvimentismo sem democracia”, no período de 1964 a 1975,

quando, após então, tem início o processo da chamada transição democrática. Do ponto de vista econômico, baseia-se num modelo de acumulação excludente, com investimentos no setor de bens de capital, grande presença do capital financeiro e crescentes empréstimos internacionais. Quanto às políticas sociais, acentua-se seu caráter centralizador no âmbito federal, há uma expansão dos benefícios sociais a setores informais, porém esta não é acompanhada da ampliação da base de financiamento do sistema, que continua fundamentalmente contributivo. Consolida-se nesse período no país a privatização da assistência médica promovida pela atuação do Estado pelo sistema de proteção social. (Cohn, 1995).

No que se refere à saúde comunitária, continua a proposta nos anos 60 do século XX, voltada para as categorias sociais excluídas do cuidado médico, porém com menor ênfase, pois o que se instituiu foi o processo de medicalização respondendo aos interesses econômicos e políticos envolvidos. (Carvalho, 1995).

Em 1966, no auge do regime militar, dá-se continuidade ao movimento de concentração da Previdência Social, com a substituição em 1966 dos IAPs, pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que significou a uniformização dos benefícios, numa Previdência Social concentrada, e crescimento da demanda por serviços médicos em proporções muito superiores à capacidade de atendimento então disponíveis nos hospitais e ambulatórios dos antigos Institutos da previdência. (Mendes, 1995).

Cabe salientar que, em 1963, discutia-se uma Política Nacional de Saúde, com propostas de municipalização dos serviços, através da III Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Ministério da Saúde, apresentando a seguinte temática: situação sanitária brasileira; distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual, e municipal; municipalização dos serviços de saúde; fixação de um plano nacional de saúde. Tal conferência propunha, também, criar Conselhos Municipais de Saúde, objetivando captar força social de cada localidade, para contribuir com os objetivos médico-sanitários municipais. (Fleury, 1988).

Essas propostas foram banidas pela ditadura militar, vigorando o modelo médico assistencial curativo e privatizante.

No início da década de 70, disseminam-se na América Latina, através da mediação das agências internacionais de saúde, programas de extensão da assistência, centrados em metas de ampliação da cobertura das ações de atenção primária e em metodologias da medicina comunitária. Nesse momento, a idéia de participação era nuclear, sendo aproveitado o trabalho da população

tanto nas ações sanitárias, quanto na organização da comunidade como possibilidade de transitar para melhorias sociais. (Carvalho, 1995).

No Brasil, em meados dos anos 70, esse modelo foi introduzido como proposta de extensão da cobertura da assistência médica, visto que o mesmo não atingia 50% da população nesse período. Assim, criaram-se condições para o advento de programas de extensão de cobertura com base nos preceitos da Medicina Comunitária. Tais preceitos, como regionalização, hierarquização, descentralização, participação, integração, são apropriados e reinterpretados pelo pensamento crítico ao sistema vigente, tornando-se verdadeiras bandeiras reformistas, sem perder a crítica ao caráter paliativo e marginal desses programas. (Ibidem).

Assim, as propostas de participação comunitária assumem conteúdos diversificados, dependendo do contexto e dos atores sociais em cena. Algumas propostas se mutilavam somente na dimensão participativa (entendida enquanto não decisória), no entanto, outras se transformavam em práticas de organização e politização comunitárias na perspectiva de um projeto sanitário contra-hegemônico, à sombra da proposta oficial, transformando-se progressivamente em propostas de participação popular. (Ibidem).

A idéia de participação popular surge diante das limitações das propostas de medicina comunitária, bem como perante o desencanto dos profissionais ligados ao pensamento crítico em saúde, com os poucos resultados políticos e técnicos das práticas de participação comunitária. O autor supra citado aponta que “a proposta de participação popular representa, pois, o aprofundamento da crítica e a radicalização das práticas políticas de oposição ao sistema dominante”. (p. 21).

A participação passa a ser vista no conjunto da dinâmica social, ultrapassando os limites do setor saúde, para o conjunto da sociedade e do Estado, num momento em que ocorre a eclosão de movimentos populares de caráter reivindicatório.

Assim, a “participação tem o sentido de resistir á exclusão social, significa integrar múltiplas formas de ação coletiva voltada para a obtenção/ampliação do acesso a bens e serviços de consumo coletivo”. (Ibidem, p. 24).

Contudo, podemos identificar dois grandes períodos da política de saúde no Brasil pós 64, apresentado por Oliveira (1989), num momento em que esta refletia a proposta da reforma sanitária: O que vai de 1964 a 1974, marcado pelo período mais fechado do regime militar, caminhando a política de saúde numa lógica de privilegiamento de interesses econômicos-

corporativos do empresariado privado que atua nesta área; e o período que segue a 74, marcado por uma crise político-financeira do modelo assistencial estabelecido anteriormente. Essa crise se dá simultaneamente à crise econômica e fiscal que o regime autoritário atravessou naquele momento até o início de “abertura” política, crise de legitimação do próprio Estado, que se agrava com a ascensão do então Movimento Democrático Brasileiro (MDB), e com a crise do petróleo. Assim, esse segundo período foi marcado por um conjunto de proposições, voltadas para a idéia do controle, reforma e racionalização do modelo assistencial anteriormente estabelecido. Essas proposições tiveram de enfrentar fortes dificuldades políticas de viabilização, com grandes limitações diante dos interesses dos setores privados, sendo muitas vezes levadas ao fracasso total.

Ao final da década de 70, ocorreu um amplo debate e mobilização social em prol do fim do regime militar e da democratização do país. Esse debate perpassou integralmente a sociedade, originando propostas políticas que se centraram na redefinição de políticas sociais, diante das enormes desigualdades sociais e a miserabilidade em que se encontrava o país.

No campo da saúde, originou-se e difundiu-se um pensamento crítico em saúde que veio constituir-se no denominado Movimento Sanitário Brasileiro, base político ideológica da Reforma Sanitária. Esse movimento surgiu principalmente a partir de setores contra-hegemônicos, localizados principalmente nas universidades, tanto em nível dos intelectuais como do movimento estudantil, departamentos de medicina preventiva e social, escola de saúde pública, setor publicista do INPS, movimento popular em saúde e outros setores da sociedade civil. (Da Ros, 1991).

O movimento sanitário oportunizou um espaço de enfrentamento à lógica dominante na área da saúde, diante do privilégio aos interesses econômicos-corporativos e empresariais do setor, o então denominado complexo médico-industrial, composto basicamente pela indústria farmacêutica, indústrias de equipamentos médico-hospitalares sofisticados, setor privado hospitalar, empresas multinacionais de assistência médica, seguros de saúde bancários e pelo setor privado prestador de serviço de saúde (em especial pelas empresas de medicina de grupo. (Ibidem).

Quanto aos movimentos populares em saúde, Gerschman (1995) mostra que estes se originaram em bairros empobrecidos e/ou favelas das grandes cidades, apresentando três fases em sua organização: fase **reivindicativa**, década de 70, quando os moradores dos bairros agrupavam-se ao redor de associações comunitárias, em torno de reivindicações pontuais por melhores condições de vida. Era atribuído ao Estado a responsabilidade pela falta de assistência médica, postos de saúde e hospitais, como também a não resolução desses problemas. A segunda fase, denominada **politização**, mantinha os mesmos eixos reivindicativos, porém as associações extrapolaram a

dimensão apenas de seu bairro, conseguindo uma articulação entre as associações, promovendo uma discussão e leitura política dos problemas comuns. A terceira fase, caracterizada como de “**acesso às formas orgânicas da política**” ou de **institucionalização**, esta diretamente relacionada a Plenária Nacional de Saúde, VIII Conferência Nacional de Saúde e à elaboração da Constituição Nacional de 1988. É um momento em que o movimento popular em saúde esteve mais próximo das decisões políticas, porém diante da ausência de maturidade política, traduziu uma cisão interna, resultado das diferenças políticas no interior do movimento que trouxe como consequência o descenso na atuação do mesmo.

Cabe salientar que o processo de reformulação no setor saúde, que resultou na proposta Reforma Sanitária Brasileira, iniciado em meados dos anos 70 do século XX, teve como seu principal mentor o “movimento sanitário”. Alguns técnicos oriundos desse movimento, a partir da abertura política, no período de transição da ditadura à “democracia”, assumem posições estratégicas gerenciais no interior do Estado, resultando em alguns projetos antagônicos às propostas hegemônicas até então.

Um deles é o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV - SAÚDE, de agosto de 1980, que busca a reestruturação e ampliação dos serviços básicos de saúde e também das áreas de saneamento e habitação, a partir dos seguintes pressupostos: extensão da cobertura assistencial à áreas carentes, hierarquização da rede, participação comunitária e integração dos serviços existentes através da regionalização por áreas e populações adstritas. Esse programa fundamentava-se nas propostas difundidas pela Organização Mundial da Saúde – O.M.S., sancionadas pela Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978, na qual a atenção primária e a participação comunitária são reconhecidas como estratégias para se alcançar a meta de saúde para todos no ano 2000. Como também, a partir da experiência nacional em 1976, do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – (PIASS), que incorporava alguns princípios da medicina comunitária através da atenção primária a saúde. (Aguilera & Bahia, 1993).

Destacamos também a realização da VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, que propôs uma discussão da rede básica de saúde, apresentando como tema, “Serviços Básicos de Saúde”. A participação dos segmentos sociais, porém, foi restrita.

O Prev-Saúde, apresentando características absolutamente conflitivas com o modelo médico-assistencial dominante, foi totalmente desfigurado de sua proposta original pelo setor privado, sendo posteriormente arquivado.

Quanto à questão da participação, o Prev-Saúde, em sua versão original, avança

consideravelmente, articulando a proposta de democratização da sociedade, considerando a participação como um componente fundamental do desenvolvimento político da sociedade, rompendo com a visão de participação voltada para a obtenção de apoio e consentimento comunitário. Já na segunda versão do plano, a participação volta a ser considerada meramente instrumental, “mas estava feita a sinalização de um momento de inflexão, a partir do qual a idéia de participação, no âmbito das formulações oficiais, afasta-se de seu referencial “comunitário” original e passa a se referir aos atores sociais e suas relações recíprocas e com o Estado.” (Carvalho, 1995, p. 38).

Emergem daí as propostas de participação social e sua institucionalização, que diante do processo de democratização traz à cena novos atores e coloca em pauta novas questões na esfera das relações Estado-Sociedade, “requalificando o processo de participação, que deixa de ser referido apenas aos setores sociais excluídos pelo sistema e, portanto, praticado apenas pelos atores políticos opositoristas a ele, e passa a reconhecer e acolher a diversidade de interesses e projetos colocados na arena societal”. (Ibidem).

Nessa nova visão de participação, a categoria central deixa de ser a comunidade ou o povo e passa a ser a sociedade. A participação pretendida, segundo Carvalho (1995), refere-se “à do conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal... A participação demagógica ou como pedagógica dá lugar a participação como cidadania”. (Ibidem).

Uma das características desse tipo de participação é a tendência à institucionalização, entendida como “processo de inclusão no arcabouço jurídico institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade investidas de algum nível de responsabilidades do governo”. (Ibidem. p. 26).

No Brasil, a idéia de participação social no setor, com sua institucionalização, intensificou-se a partir das propostas de Reforma Sanitária ao longo dos anos 80 do século XX, surgindo órgãos colegiados compostos por representação mista de segmentos da sociedade e de repartições estatais, originando os diversos tipos de Conselhos e comissões, principalmente a partir das Ações Integradas de Saúde – AIS.

As AIS constituem-se num programa instituído pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, que tinha como principal finalidade estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, incluindo a alocação de recursos financeiros. O CONASP era composto por 14 membros escolhidos pelo Presidente da República. Embora não paritário, integrava representações de diversos segmentos

do aparelho do Estado e da sociedade, constituindo-se numa arena de conflitos, tornando visíveis e disputando em público seus projetos. (Ibidem)

As AIS iniciam como plano piloto em Santa Catarina, no município de Lages, em 1982, com nome de Programa Ações Integradas de Saúde — PAIS. Caracteriza-se num primeiro momento (1982 –1985), como um programa de atenção médica que se justapunha ao que se executava na área da saúde pública nos estados e municípios, numa administração convencional, e num segundo momento (1985-87), que vai do início do Governo Sarney até a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Adquire então nova qualidade, especialmente pela introdução de um mecanismo de planejamento descentralizado e integrado, implicando na valorização de mecanismos de co-gestão, na introdução de financiamento a ações preventivas e na democratização do controle e avaliação através da participação social, especialmente nas comissões Interinstitucionais de Saúde – CIMS. (Mendes, 1995).

Carvalho (1995) enfatiza que a CIMS nasce de uma lógica racionalizadora, sem apresentar uma relação direta com uma política deliberativa por parte do Estado, nem tampouco com uma proposta claramente formulada pela sociedade ou pelos movimentos organizados. Por outro lado, foram gradativamente penetradas por idéias democratizantes mais avançadas, através de atores oriundos do movimento sanitário.

A VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, realizada em março de 1986, é considerado o evento mais importante da década. Nessa Conferência definiu-se o projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Difere das demais pela sua caracterização democrática, ocorrendo após amplo processo de mobilização nacional, começando com as conferências municipais, estaduais, até chegar à nacional, oportunizando a participação dos setores organizados da população.

Desta forma, o modelo de convocação da VIII CNS oportunizou a participação de vários segmentos organizados da sociedade civil, dentre eles, associação de moradores, setores sindicais, criando as bases para a participação dos Conselhos e Conferências da forma como hoje estão constituídos.

Singular na história das políticas públicas do país, esse evento marca o início do exercício, na arena estatal e de larga escala, da participação institucional de representações da sociedade civil no processo de concertação de interesses e pactação de políticas de saúde...formaliza a proposta dos Conselhos de Saúde como parte constitutiva do novo sistema. (Carvalho, 1995, p. 51).

A Reforma Sanitária, entendida como processo político e democratizador da saúde, proposta pela VIII CNS, conforme Mendes (1995), enfatiza três aspectos fundamentais:

- conceito ampliado de saúde, relacionando-o às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, lazer, etc;
- coloca a saúde como direito do cidadão e, conseqüentemente, um dever do Estado;
- propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a instituição de um Sistema Único de Saúde;

Um quarto aspecto que consideramos ser importante a acrescentar é que nessa conferência decide-se levar as decisões para a constituição, sendo este aspecto o único que acabou sendo efetivado.

Carvalho (1995) reflete que o processo de Reforma Sanitária, em meados de 1987, entra num impasse, tendo em vista que as teses aprovadas na VIII CNS não são operacionalizadas na ação do governo, que demonstra uma postura ambígua, pois não aplica nem as contesta, o que vai se transformando no abandono das teses reformistas.

Gerschman (1995) ressalta o retrocesso político depois do primeiro ano de governo da Nova República, que no campo da saúde produziu-se deslocamento da luta que vinha ocorrendo no âmbito do social para o interior dos organismos estatais da saúde, a partir da formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, proposta pelo Ministério da Saúde como desmembramento da VIII CNS, que previa uma composição paritária, mas que na prática as associações da sociedade civil ficaram em minoria em relação aos organismos estatais e privados do setor.

É nesse contexto que em 1987 é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, considerado por Carvalho (1995) como o derradeiro lance na área do executivo, de prosseguimento da reforma e do processo de institucionalização da participação.

O SUDS, assim como as AIS, incorpora princípios da Reforma Sanitária, como a universalização, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, descentralização do processo decisório. No entanto, a implementação dessa proposta acabou descaracterizada, acontecendo somente algumas mudanças administrativas no setor. (Gerschman, 1995).

Mesmo diante dos embates, dos obstáculos na implementação do SUDS, conseguiu-se incluir na Constituição Federal/88 alguns princípios fundamentais do Movimento da Reforma Sanitária, princípios defendidos na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, que teve significativa

importância nesse processo. Esta plenária foi constituída em meados de 1987, após a VIII CNS, sendo composta por entidades representativas do movimento popular em saúde, movimento sindical, profissionais de saúde, representantes do movimento sanitário, academia e de entidades estaduais e municipais da saúde favoráveis à Reforma. (Ibidem)

Foi nesse contexto que se conseguiu garantir na Constituição Federal de 1988, no capítulo referente à Seguridade Social, a incorporação do direito universal à saúde e a criação de um sistema único de saúde, tendo por princípios: universalidade, igualdade de acesso a todos os níveis de assistência, hierarquização e participação da comunidade. Os princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição Federal estenderam-se às Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais, elaboradas nos anos de 1989-1990. No Plano Federal, o componente jurídico-legal completa-se com as Lei 8080/90, que estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes, como também, através da Lei 8142/90, que estabelece a forma legal de participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A Constituição Federal de 1988, contudo, aponta como princípio a redemocratização do país e como diretrizes a descentralização, a municipalização, a participação da comunidade, o comando único das ações em cada esfera de governo no âmbito das políticas públicas. Essas diretrizes deveriam dar sustentação à reconstrução da vida em sociedade, pautada na conquista dos direitos. Gerschman (1995) reflete que a conquista no plano legal não se reverteu no plano real. A implementação de um novo sistema de saúde, o SUS, tem-se revelado complexo e difícil desde o arcabouço jurídico-institucional da Reforma Sanitária até os nossos dias.

O que é disposto constitucionalmente está muito longe de se concretizar na prática, visto que os direitos sociais conquistados legalmente não são incorporados pelo Estado. Nesse sentido, Sposati (1997) coloca: “Cada vez mais constatamos, no Brasil, a condição de uma sociedade virtual quanto a aplicação dos direitos constitucionais. Fala-se, escreve-se, mas não se cumpre... A distância histórica entre o proposto e o posto, somada à omissão da cobrança da responsabilidade pública, leva à cultura do descrédito no disposto legal”. (p. 10).

No campo da saúde, Oliveira (1989) compara a experiência de formulação e implementação de Políticas Públicas em curso na Itália, na qual a Reforma Sanitária Brasileira inspirou-se:

A Reforma Sanitária na Itália correspondeu a um movimento de fora para dentro em relação ao aparelho do Estado (...) de baixo para cima (...) uma aglutinação progressiva de diferentes movimentos sociais. No Brasil, este movimento vem se desenvolvendo como um movimento de dentro para fora, ou de cima para baixo (...) surgiu principalmente a partir de um conjunto de técnicos que têm em comum um passado de preocupações progressistas, vêem a si mesmos como componentes de um autoproclamado e informal partido sanitário, e ocupam hoje, com frequência, postos e posições significativos no interior do aparelho do Estado. (p. 19),

O autor coloca, ainda, que a idéia de Reforma Sanitária na Itália não se restringe aos limites de um projeto de hegemonia burguesa, mas é visto como parte de uma estratégia contra-hegemônica, enquanto que, no Brasil, tem um sentido muito mais restrito, apenas como um novo nome para rebatizar antigas proposições.

Na verdade, o que ocorre é que este novo ciclo político das políticas sociais brasileira vem profundamente marcado por um conjunto de fatores consubstanciados ao compromisso histórico conservador. “Se na década de 70 e 80 a mobilização social dificultou o ‘assédio neoliberal’, a década de 90, embora sob a égide do Estado de direito conquistada com a Constituição Federal de 1988, vem sendo marcada pela rápida ascensão neoliberal e o encolhimento das responsabilidades sociais.” (Sposati, 1997, p. 12).

Por outro lado, alguns focos de resistências permanecem, concentrando a oposição, sendo que alguns atores permanecem em cena, exigindo que o Estado assumira suas responsabilidades na concretização dos direitos sociais.

As Conferências de Saúde podem ser exemplos de como permanecem em cena alguns atores comprometidos com o processo de Reforma no Setor. Nesses fóruns fica evidente como as correlações de forças diferenciadas permanecem no campo da saúde.

A IX Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 9 de agosto de 1992, apesar das dificuldades e dilações do governo. Apresentando como tema central “Municipalização é o caminho”, essa conferência, assim como a VIII, representou um esforço de luta e de mobilização política, com participação de várias forças sociais para discutir democraticamente os problemas no setor da saúde. Em termos de resultados, porém, ficou muito aquém da VIII. Conseguiu-se garantir a continuidade do processo de municipalização no setor a partir dos princípios constitucionais, não ocorrendo nenhum avanço significativo com relação à operacionalização da reforma, embora engajada na queda do governo Collor. (Gerschman, 1995).

Outro momento foi a X Conferência realizada entre os dias 02 a 06/09/1996, com a

temática central - “SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Assim como as outras duas conferências mencionadas anteriormente, oportunizou a mobilização política com participação de várias forças sociais. Nessa conferência ficou evidenciado o quanto as correlações de forças permanecem fortes no setor, tendo em vista os enfrentamentos diante da NOB/96, que após ser lançada pelo Ministério da Saúde (portaria em 30/08/96), não foi referendada pela conferência. No entanto, esta Conferência também ficou aquém, no que se refere à operacionalização da reforma.

Os problemas na operacionalização da Reforma Sanitária não podem ser vistos descontextualizados de uma conjuntura internacional, principalmente nos anos 80 e 90, em que países empobrecidos, dentre eles o Brasil, vêm sofrendo influência das nações hegemônicas, principalmente no que se refere às políticas governamentais na área social. Tais políticas têm sido condicionadas pela difusão da pauta do ajuste estrutural orientado para o mercado, que expressa os encaminhamentos normativos para a economia de um conjunto de forças internacionais incluindo o FMI, Banco Mundial e o governo de países industriais avançados. (Costa, 1996).

O centro do debate é a Reforma do Estado, que tem por consequência a mudança no discurso econômico e da direção das políticas públicas.

No que se refere às orientações para a Reforma da Saúde, tem sido divulgado para os países em desenvolvimento pelas agências de cooperação internacional, especialmente através do Banco Mundial (que tem por diretrizes mudanças econômicas, ideológicas e políticas), a diminuição do papel do Estado, fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidado à saúde, priorização dos controles das doenças, implantação de programas de saúde baseados em critérios de custo-efetividade e pacotes básicos de serviços clínicos e de saúde pública. (Ibidem)

Segundo o autor supra citado, cabe salientar que o Banco Mundial tem destacado a proposta neoliberal dos programas de ajuste estrutural, através de três elementos básicos: contenção da demanda pela redução dos gastos públicos, realocação de recursos e reformas nas políticas para aumentar a eficiência, a longo prazo, do sistema econômico.

Em documento recente da Organização Panamericana da Saúde e da Organização Mundial de Saúde, a questão referente à saúde como direito de cidadania é assim refletida:

Desde 1948, innumerables Constituciones de diversos países han buscado inspiración en la magna Carta y afirmado a la salud como derecho de la ciudadanía. La gran cuestión contemporánea es retirar esse derecho de la retórica

y transformalo em realidade palpable y cotidiana... La ética debe regir todas las acciones vinculadas a las políticas de salud pública, las relaciones entre políticas económicas y políticas sociales, la prestación de servicios y la investigación en la esfera de la salud... La reafirmación de tales valores, en una sociedad frecuentemente comandada por la lógica del lucro irresponsable y del mercado desinteresado con las necesidades sociales, representa una caminata hacia el futuro, sustentada por los valores del pasado. (Buss, 2000, p. 9 e 10)

Noronha (apud Buss, 2000) reflete e coloca que na década de 80 as políticas de saúde pública preconizavam a universalidade, solidariedade, igualdade, regulação, caráter público de financiamento e prestação de serviços, integração internacional e desenvolvimento, enquanto que na década de 90 basearam-se na focalização, competição, diferenciação “Laissez-faire”, “mix” público-privado, globalização crescimento.

Quanto à reforma no setor saúde no Brasil, o Banco Mundial vem acompanhando, especialmente nos anos 80, diante da proposta de um Sistema Nacional de Saúde, recomendações centradas nos seguintes pontos: consolidação das reformas constitucionais, capacidade de formulação de políticas, custos e contenções de custos, aperfeiçoamento da regulação do mercado, definição da relação esfera pública/mercado. A tendência do Banco Mundial é de focalização do gasto público, incluindo a cobrança dos que podem pagar por certos benefícios, o estímulo a oferta pelo setor privado, dentre outras. (Costa, 1996).

Stotz (1999) alerta que “a concepção dominante no Ministério da Saúde no Brasil é a de que se deve “gastar menos” com saúde, uma posição defendida pelo banco mundial em seu relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1999.” (p. 01).

Contudo, nos anos 90 ficam evidentes as intenções governamentais de desuniversalização, justificada pela necessidade de controle dos indicadores macroeconômicos, do déficit público e de contenções de custos na área social. (Almeida, 1996).

Essa política neoliberal, em que o capital circula sem barreiras e fronteiras e ignora os princípios éticos, também rouba a cada dia as nossas utopias, o espírito coletivo, as lutas por propostas mais “amplas”, tornando cada vez mais distante a participação e mobilização da população.

É nessa perspectiva que entendemos que discutir direitos sociais, políticas sociais e participação popular no contexto neoliberal é um grande desafio. Exige remar contra a corrente hegemônica mundial que propõe o desmonte das políticas públicas.

2 - A DIMENSÃO HISTÓRICA E METODOLÓGICA

Este é tempo de divisas, tempo de gente cortada.

Carlos Drummond de Andrade

2.1 Percurso metodológico

O trabalho de campo mais amplo em que se inscreve a dimensão tratada neste estudo foi realizado em torno do problema da participação popular nos Conselhos Locais de Saúde, então denominados Conselhos Populares de Saúde – CPS, no município de Criciúma-SC.

A natureza do objeto deste trabalho e a tentativa de compreensão para alcançar o objetivo, levou-nos a um Estudo de Caso, sendo utilizado, como método de investigação, a pesquisa qualitativa, na medida em que se apresenta como “aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”. (Minayo, 1993 p. 10). Percebemos que assim poderíamos desenvolver nossa pesquisa, considerando a aproximação entre sujeito e objeto, esse objeto que também é sujeito, uma visão de totalidade, numa interdependência/inter-relação entre o todo com as partes, os níveis macro e micro dos fenômenos objetivos e subjetivos, visão esta que não poderia ser revelada apenas pelos números, pela quantificação.

Numa perspectiva dialética marxista procuramos apresentar, descrever e analisar os dados, na medida em que a “dialética marxista abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados”.

(Minayo, 1993 p. 11). Neste sentido, a busca de problematização e entendimento sobre certos aspectos da realidade impõe-se à necessidade do conhecimento não só do fato objetivo, mas também da sua representação. Para a autora supra citada “o quadro teórico de aproximação da totalidade dos processos de saúde/doença, na abordagem marxista “qualitativa” parte das representações sociais em relação dialética com base material que as informa. Esse ponto de apoio em direção à compreensão das estruturas se fundamenta na importância do pensamento para a ação e no caráter contraditório, dinâmico e potencialmente transformador do campo ideológico”. (op. cit, p. 85).

No caso específico deste trabalho, falar em participação popular em saúde implica o conhecimento da dimensão subjetiva (idéias, pensamentos, ações, representações) dos sujeitos envolvidos.

Partindo dessas premissas, realizamos nosso estudo junto aos CPS, nos quais os dados empíricos constituíram-se a partir das observações de toda a dinâmica dos Conselhos, sendo privilegiados os dados obtidos através de entrevistas semi-estruturadas, individuais, gravadas e aplicadas pela pesquisadora. Optamos em entrevistar lideranças participativas em 04 (quatro) CPS em funcionamento. Para efeito de recorte desta pesquisa, consideramos como critério de funcionamento do CPS, os Conselhos que se reuniram, no mínimo, 06 (seis) vezes no último ano (janeiro de 1999 a janeiro de 2000), e estabelecemos janeiro de 2000 a data estabelecida do recorte dos CPS em funcionamento. Assim, constatamos a existência de 16 (dezesesseis) CPS, localizados nos seguintes bairros: Santa Luzia, Vila Belmiro, São Sebastião, Mineira Velha, Mineira Nova, Vila Manaus, São Defende, Vila Esperança, Wosocris, Rio Maina, Próspera, Vila Rica, Santa Augusta, São Francisco, São Luís, Vila Zuleima. Outros critérios foram o registro em cartório do CPS, Conselhos que vêm atuando de forma mais expressiva, e comunidades que apresentam maior experiência e história de participação (neste último, o caso da Vila Manaus). Assim, dos CPS em funcionamento, elegemos os Conselhos dos seguintes bairros: São Francisco, Vila Rica, Santa Augusta e Vila Manaus. Destes bairros, foram ainda entrevistados um membro da equipe local de saúde de cada unidade, totalizando 04 (quatro) técnicos, (os técnicos que participaram das entrevistas foram escolhidos pelas próprias equipes). Também realizamos entrevistas com 03 (três) CPS que se encontram desativados, mas que tiveram uma participação importante nos anos anteriores, participando desta etapa os Conselhos dos seguintes bairros: Renascer, Santo Antônio e Metropol. Entrevistamos, também, os 02 (dois) representantes titulares dos CPS no CMS.

Nossa amostragem, portanto, não seguiu critério quantitativo, sendo a nossa

preocupação “menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão (...)” constituindo-se como amostra ideal “aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”. (Minayo, 1993 p. 102).

Além do material das entrevistas, constituíram-se base para análise deste trabalho fontes documentais, relatórios dos Seminários dos CPS, Estatuto dos CPS, relatório da I Conferência Municipal de Saúde, atas de reuniões dos CPS, Plano Municipal de Saúde. Buscando dinamizar as reflexões e análises, também foram fontes importantes de consultas, livros, artigos e trabalhos acadêmicos que apresentavam relação com o objeto de estudo. Consideramos como fator limitante para esta análise a carência de estudos sobre experiências de Conselhos Locais de Saúde (em bibliografias nacionais), bem como a falta de registros que caracterizassem melhor esta experiência em Criciúma.

As entrevistas foram realizadas em janeiro de 2000, com uma média de duração de 60 minutos, oportunizando amplo diálogo com os sujeitos, não se limitando a mero levantamento e registro de dados. Os entrevistados demonstraram muita disponibilidade, interesse e reforçaram a relevância da pesquisa, sendo essa fase cansativa, mas gratificante para a pesquisadora.

Com a transcrição das entrevistas realizadas nos meses de fevereiro a abril/2000, passou-se para a etapa de análise reflexiva dos dados. Esse momento foi marcado por grandes dificuldades haja vista a vasta quantidade de dados coletados e a dificuldade de romper com alguns obstáculos que Minayo (1993) apresenta e que se vivencia de forma muito clara: ilusão da transparência, fidedignidade às significações presentes no material e dificuldades de juntar a teoria e os conceitos com os dados recolhidos.

Assim, o material obtido por meio das entrevistas apresentou um grande volume de informações que, após sucessivas leituras, foram organizados primeiramente em forma de quadros comparativos de algumas questões entre Conselhos e, posteriormente, classificou-se as falas dos entrevistados por estruturas de relevância, buscando agrupar as mesmas, confrontando e complementando com outras fontes de dados, numa perspectiva de rede de informações, onde os dados circulam entre si.

Essas entrevistas foram correlacionadas à história do desenvolvimento social que ocorria em Criciúma. Tentando localizar a gênese das possibilidades de participação de sindical para comunitária (golpe militar); de comunitária para uma tentativa de participação popular (Administração José Hülse), abortada no governo de Altair; tentativa de retorno à participação popular buscando alcançar participação social (nas gestões de Moreira e Meller), como proposta técnica de profissionais

da SMS, mas sendo novamente abortada nestas mesmas gestões.

As entrevistas possibilitaram o aparecimento de várias vozes. Assim, as palavras se apresentaram como grandes ferramentas. Dialogando com Bakhtin, observamos que o autor considera “a palavra o fenômeno ideológico por excelência (...) é o modo mais puro de relação social” e define o “caráter histórico e social da fala como campo de expressão das relações e das lutas sociais que ao mesmo tempo sofre os efeitos da luta e serve de instrumento e de material para a sua comunicação”. (Bakhtin apud Minayo, 1993 p. 110).

Dessa maneira, pudemos sistematizar este trabalho utilizando-nos principalmente da palavra, da fala como forma de apreender o conteúdo simbólico das práticas, partindo de objetivos anteriormente propostos e procurando contemplar outras questões que se mostraram importantes a partir dos dados empíricos, numa tentativa de interpretá-las a partir das categorias analíticas e categorias empíricas de análise. Estas foram pareadas com o desenvolvimento histórico-social da dinâmica participativa em Criciúma.

Cabe salientar que, durante a análise dos dados, percebeu-se que o instrumento de entrevista apresentava uma gama de informações e que muitas delas acabaram não sendo utilizadas neste estudo, sendo este um aspecto a não ser repetido em outros trabalhos, pois o instrumento acaba ultrapassando os objetivos propostos, podendo então, ter sido elaborado de forma mais sucinta, facilitando a análise dos dados.

O processo de devolução dos dados será realizado após a apresentação e defesa deste estudo. Procurar-se-á organizar, juntamente com os representantes dos CPS no CMS, uma reunião com todos os CPS e CMS, sendo convidados também os profissionais de saúde. Esta será uma proposta inicial que poderá ser modificada de acordo com os atores envolvidos, pois o fato de a pesquisadora ser funcionária da Secretaria Municipal de Saúde poderá facilitar a apresentação e discussão desta pesquisa. Um outro compromisso assumido refere-se ao grupo de Assistentes Sociais da SMS, profissionais que estiveram diretamente envolvidos com os CPS, por sentirmos a necessidade de uma discussão aprofundada sobre os resultados deste estudo, por entender a relação próxima dos CPS com o processo de trabalho desta categoria.

Também será encaminhado cópia deste estudo à Secretaria Municipal de Saúde – SMS e ao Conselho Municipal de Saúde – CMS.

2.2 Criciúma: O contexto de estudo

A história de Criciúma é marcada por intenso movimento operário e popular decorrente principalmente pela relação capital versus trabalho do processo de mineração, tornando-se mister nos reportarmos a esta história para compreendermos o contexto atual dos CPS.

A cidade de Criciúma esteve ligada à história de exploração do carvão, com suas questões econômicas, ideológicas e ambientais.

É uma cidade que a partir de um modelo capitalista explorador e predatório (tanto da exploração da força de trabalho como em relação ao meio ambiente) também foi, até o final dos anos 80 do século XX, marcada por um intenso movimento operário e popular, especialmente dos mineiros.

Foi colonizada, inicialmente, por italianos, no século XIX, com a fundação e ocupação efetiva em 06 de janeiro de 1880, e posteriormente por imigrantes poloneses, alemães, portugueses e negros. Nenhuma dessas etnias têm predomínio na cidade, atualmente. Os grupos étnicos de ascendência européia têm supremacia nas áreas rurais, enquanto nas áreas urbanas, suburbanas e de minerações registra apreciável heterogeneidade, predominando ascendência luso-açoriano.

A agricultura era a atividade econômica básica desses primeiros colonizadores até a segunda década deste século.

Três fatores, entretanto, surgiram para alterar o modo de vida dos colonizadores:

- a) a descoberta do carvão de pedra, ocorrido por “acaso” em 1913, cuja exploração foi iniciada em 1917;
- b) a construção de ramal (mais tarde tronco) da estrada de ferro Dona Tereza Cristina;
- c) a criação do município em 1925, deixando de ser distrito de Araranguá. (A criação do distrito São José de Cresciúma se deu em 1892) (Plano Municipal de Saúde, 1997-2000).

Quanto à descoberta do carvão por “acaso”, Volpato (1984) apresenta outra maneira de contar a história da descoberta de carvão em Criciúma. A existência do carvão em solo catarinense é conhecida pelo menos desde 1832, em investigações realizadas pelo naturalista Friedrich Sellow. Em 1837, Augusto Kersting busca explorar o carvão em Santa Catarina, mas desiste diante da dificuldade de transporte (distância entre jazidas e o porto). Em 1832, Jules Parigot realiza estudos sobre o carvão de Santa Catarina, publicando-o no ano seguinte. Em 1842,

com autorização do governo imperial para iniciar a exploração do carvão, repete o estudo, mas diante de dificuldades financeiras desiste novamente.

Em 1861, o império concede ao Visconde de Barbacena o direito de explorar minas de carvão no sul de Santa Catarina, transferindo esse “direito” a Antônio Lage em 1870. Nesse mesmo ano, Henrique Lage, filho de Antônio Lage, inicia a construção do Porto de Imbituba para embarque do carvão. Em 1874, o Visconde inicia a construção da estrada de ferro Donna Thereza Christina.¹

Em 1884, sai de Lauro Müller o primeiro trem carregado de carvão e somente em 1920 o carvão de Criciúma passa a ser explorado e transportado por via férrea até Imbituba.

Para Da Ros (1991), as primeiras bases de expansão do capital do carvão estavam relacionados ao “Minério-ferrovia-porto”, por concessão imperial para a iniciativa privada e associada ao capital estrangeiro. Buscando entender o processo de exploração capitalista em Criciúma, esse autor identifica como um aspecto histórico bastante importante o fato de que, embora a exploração carbonífera dentro da lógica capitalista tivesse se dado na região desde o século XIX, conforme descrito anteriormente, o que se propagou em Criciúma como versão “oficial”, foi outra², ou seja, a de que o carvão havia sido descoberto por acaso em 1913³, como o que aparece recentemente no Plano Municipal de Saúde.

Para Da Ros, essa “lenda”, alimentada entre as gerações e reforçada pelos meios de comunicação, pela Administração Pública como versão oficial, nega toda a história do carvão que remonta desde 1832 (conforme já colocado), o que vem escamotear a ideologia da exploração do carvão, através do mito do trabalho, do acaso e da providência divina, como geradoras da fortuna.

Outra matriz do desenvolvimento de Criciúma é a indústria cerâmica. Esta tem seus antecedentes desde 1880, quando imigrantes já aproveitavam o solo argiloso para confeccionar tijolos e telhas para a construção de suas moradias. Porém, é somente em 1919 que iniciam as primeiras indústrias, de caráter familiar, para a confecção de objetos cerâmicos.

1 Estas referências históricas são encontradas em VOLPATO, Terezinha. A Pirita Humana. Neste livro a autora utiliza várias fontes bibliográficas como: Bossle; Abreu; Fabre

2 Um imigrante italiano, Giacomo Sonego, em 1917, numa noite em que não conseguiu voltar a tempo para sua casa, cavou um buraco para dar de beber água de poço para seu gado. A noite fez fogo com galhadas sobre a terra retirada do poço e notou que as pedras eram incandescentes. Um ferreiro, seu amigo, encarregou-se de mandar examinar a amostra, e estava então “descoberto” o carvão.

3 Quanto a data da descoberta por acaso do carvão encontramos algumas divergências: No Plano Municipal de saúde 1997-2000, estava datado em 1913. Em Da Ros, Marco Aurélio (1991), encontra-se como data 1917. Em Volpato, Terezinha (1984), a exploração do carvão tem por início em 1917.

Dessa forma pode-se constatar que a história do carvão, como a de objetos cerâmicos, inicia-se praticamente num mesmo período, entre 1915-1920, e vem marcar profundamente a história econômica de Criciúma.

Teixeira (1996), buscando trabalhar a história de Criciúma de forma paralela à historiografia oficial, através de um outro modo de pensar e contar a história da cidade, numa matriz discursiva, chama de ideologia da mineração e identifica 3 (três) períodos ao longo da formação social e histórica do município, constituídos por distintos grupos de elite: Colonização (1880 – 1930), hegemônico pelos comerciantes; Mineração (1930 – 1980), hegemônico pelos mineradores; Diversificação (1980–1995) mineradores compartilham o poder local com outros grupos econômicos.

Até meados dos anos 60, conforme o mesmo autor, a indústria de extração de carvão constituía a principal base de sustentação e desenvolvimento local e regional, seguida pelo comércio e agricultura. Diante da exclusividade da indústria do carvão, Criciúma foi projetada nacionalmente como a capital do carvão e, posteriormente, como “cidade do carvão e do azulejo.”

2.2.1 Aspectos geográficos e ambientais

Criciúma atualmente é sede da região carbonífera, integrada por dez municípios que formam a Associação dos Municípios da Região Carbonífera - AMREC, localizada a 202 km de Florianópolis. Os demais municípios que compõem a AMREC são: Siderópolis, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Forquilha, Cocal do Sul, Içara, Urussanga, Lauro Muller e Treviso.

O município possui uma área de 209,20km², tendo como limites os seguintes municípios: Norte — Siderópolis e Cocal do Sul; Sul — Araranguá; Leste - Içara e Morro da Fumaça; Oeste — Nova Veneza e Forquilha. Apresenta um relevo heterogêneo, com áreas planas e outras fortemente onduladas. Sua altitude média é de 50 metros em relação ao nível do mar.⁴

O clima é sub-tropical, com quatro estações mais ou menos definidas, tendo um verão quente (apesar de sofrer a influência da proximidade do mar) e o inverno caracterizado pela passagem de frentes frias que causam geadas. A umidade relativa do ar varia entre 70 e 80% e as chuvas atingem de 1300 a 1500mm anuais.

4 Os dados referente aos aspectos geográficos foram obtidos no Plano Municipal de Saúde (1997-2000.)

Quanto à hidrografia, o acidente geográfico de maior importância é o Rio Mãe Luzia, cujas nascentes situam-se nas encostas da Serra Geral. Corre no sentido norte-sul, Município de Forquilha, sendo o escoamento natural da maior vertente do município. Seus principais afluentes são: Cedro, São Bento, Sangão e Madeira.

O rio Mãe Luzia forma uma bacia de terras férteis, favorecendo as culturas de arroz, milho e fumo. Devido a sua pouca profundidade e leito pedregoso, impossibilita a navegação. Em relação aos cursos de água, estão atualmente poluídos pela exploração do carvão e subprodutos existentes no subsolo.

O fornecimento de água para o município vem das nascentes do São Bento, o único rio, na região, parcialmente não poluído pelo carvão, sendo que o ponto de coleta de água potável está situado no município vizinho de Nova Veneza.

Em decorrência, principalmente, do processo de mineração, o Município e região apresentam sérios problemas de destruição e degradação ambiental.

A perda da qualidade sócio-ambiental na região, decorrente do modelo extrativo unidimensional, que privilegia apenas o aspecto econômico imediatista, não considerando a perspectiva dos custos sociais e ambientais, atinge proporções alarmantes, principalmente no que diz respeito aos índices de poluição do sistema hídrico. (Diagnóstico de saúde da região carbonífera de Santa Catarina e da região do extremo sul catarinense, 1999).

Criciúma e região são conhecidas como a cidade e região degradadas pelo carvão, sendo classificada a região Sul de Santa Catarina em 1980 como a 14ª área crítica de poluição ambiental do país e o segundo município mais poluído do Brasil. (Diagnóstico administrativo de Criciúma, 1988 apud Da Ros, 1991).

No entanto, hoje ainda, há perspectiva de instalação de usinas termelétricas movidas a carvão na região. Essa tendência está sendo aceita e tolerada em virtude da crise de desemprego por que passa o país e a região, bem como as extensas áreas de jazidas ainda intocadas. Se a continuação da exploração da indústria carbonífera representa um bem para a maioria da população pobre e desempregada e possibilidade de ganhos para os mineradores, por outro lado preocupa os ambientalistas, os órgãos ligados ao Meio Ambiente, os profissionais de saúde e urbanistas, pois os custos sociais e ambientais dessa indústria são muito altos, em que pese a introdução de novas tecnologias para minimizar os problemas. (Diagnóstico de saúde da região carbonífera de Santa Catarina e da região do extremo sul catarinense, 1999).

2.2.2 Aspectos sócio-econômicos e demográficos

Segundo Goulartti Filho (1996), por quase um século o setor carbonífero foi a principal base de crescimento econômico e gerador de empregos na região, englobando os seguintes municípios: Criciúma, Tubarão, Imbituba, Urussanga, Lauro Muller, Siderópolis, Içara, Morro da Fumaça, Orleans, Nova Veneza, Maracajá, Araranguá, Forquilha e Cocal do Sul.

As atividades no setor carbonífero tem seu início desde o século XIX, quando primeiramente a exploração era feita por companhias britânicas e posteriormente por empresários cariocas.

Um dos momentos de grande expansão da exploração do carvão em Santa Catarina, foi no período da 1ª Guerra, pois as indústrias brasileiras, em decorrência do bloqueio do continente Europeu, foram obrigadas a recorrer ao carvão nacional para garantir seu financiamento.

A 1ª Guerra foi, em boa medida o catalisador do segundo impulso de exploração carbonífera, no sul, na medida em que se restringia o abastecimento vindo do estrangeiro, em especial da Inglaterra. O Governo Federal se interessa, então, pela substituição de importações no ramo. Assim, a exploração do carvão começou, na área, em 1916, sendo ampliada em 1918 com a descoberta das minas em Criciúma e Urussanga. Para o empresariado, contribuíram elementos locais, de origem italiana (Zanette, Martinello, Scott, Milanez, Pizette; entre outros). Provinham da agricultura e do comércio. E deve-se destacar a presença de empresários brasileiros, vindos de outros pontos do país. É o caso de Henrique Lage, José Portella e Paulo de Frontim. O negócio cresceu apesar da tecnologia rudimentar e a falta de planejamento. (CEAG/SC (1980) apud Goulartti Filho, 1996, p. 18).

A primeira empresa a comercializar carvão em Criciúma foi a CBCA, do grupo Lage⁵. Com o fim da guerra, o governo passa a isentar o carvão de taxas de embarque portuários, buscando garantir a continuidade da produção nacional.

No início do primeiro governo Vargas, o carvão nacional teve vantagem sobre o importado, sendo obrigatório o seu consumo em 10% e mais tarde em 20%. Com a construção da Companhia Siderúrgica Nacional de Volta Redonda na década de 40, com a Política Nacional do

5 A CBCA foi fundada em 1917 pelo então senador André Gustavo Paulo de Frontim, sendo incorporada à firma Lage & Irmãos em 1918, depois em 1941 Álvaro Luiz B. Catão, antigo funcionário da firma Lage & Irmãos adquiriu patrimônio da CBCA (foi eleito deputado federal pelo Estado do RJ em 1972); Sendo formado mais tarde o grupo Catão -Netto Campos com a presença de Sebastião Netto Campos (deputado estadual por três mandatos, e deputado federal por um mandato). O grupo Catão -Netto campos comandou a CBCA de 1956 até 1987, quando declarou insolvência da empresa, em meio de uma série de denúncias de corrupção, sonegação e tráfico de influência. A massa falida CBCA passou então a ser administrada pelo Sindicato dos Mineiros de Criciúma. (Da Ros, 1991).

Carvão e com a política de substituição de importações, o setor ganhou mais impulso, o que veio suprir o recesso da década de 20. (Goularti Filho, 1996). Sendo assim, a atividade mineradora, sob o modelo de desenvolvimento populista autoritário inaugurado pela “era Vargas”, através de uma série de planos e decretos governamentais, extremamente paternalistas, torna a atividade mineradora totalmente atrelada às decisões governamentais que passam a monitorar e decidir sobre todo o processo de mineração, desde a autorização para a pesquisa e a lavra do carvão mineral à definição das quotas de produção, administração de preços e mercado. (Teixeira, 1996).

Com a exploração do carvão, que era realizada por empreiteiras cariocas nesse período, vão surgindo os primeiros empresários locais, dentre eles: Santo Guglielmi e Diomício Freitas.

Com a II Guerra Mundial ocorreu um grande aumento da produção de carvão para substituição de importações, o que veio contribuir com o crescimento das empreiteiras locais (Freitas, Guglielmi, Zanette, etc), que no decorrer foram ocupando espaço tradicionalmente de firmas do Rio de Janeiro (Henrique Lage) e São Paulo (Jafet). (Ibidem).

Através da expansão da produção de carvão, a atração por Criciúma como mercado de trabalho fica reafirmada, e na década de 40 a 50 a população de Criciúma praticamente dobrou.

Segundo o autor supra citado, nesse período criaram-se as condições para a instalação na região Sul de Santa Catarina, de um complexo industrial fundado na associação entre a esfera pública e os grupos empresariais privados, que passam a investir e a se beneficiar da indústria de transformação do carvão, sob forte presença do Estado, na constituição deste complexo carbonífero.⁶

Goularti Filho (1996) aponta que em 1973, com a crise do petróleo, a região presenciou o último “boom” da exploração do carvão, impulsionado por políticas estratégicas na substituição de fontes geradoras de energia, com programas de subsídios e a compra da produção pelo governo.

Em 1979, com a segunda crise do petróleo, a produção de carvão ganhou mais reforços. Em 1985, chegou-se ao auge das atividades carboníferas, empregando diretamente 15000 homens e produzindo 4,5 milhões de ton/ano de CPL (Carvão Pré Lavado).

6 “O complexo carbonífero inaugurado na década de 40 era integrado pela Carbonífera Próspera, subsidiária da CSN; pelo lavrador de Capivari (Tubarão) responsável pelo beneficiamento do carvão bruto, chamado “ROM” – Run of Mine; pela Estrada de Ferro Dona Tereza Cristina (EFDTC), também estatal, que atuava diretamente no processo de produção, beneficiamento e transporte do carvão até o porto de Imbituba; pela ICC – Indústria Carbonífera catarinense, responsável pelo tratamento dos rejeitos sólidos (pirita) e na produção de enxofre. A regulamentação do setor, num primeiro momento (até 1960 era feita pela CEPKAN – Comissão Executiva do Plano Nacional do Carvão. Criada em 1953, as atividades de gerenciamento de todo o ciclo de carvão (pesquisa, lavra, beneficiamento, transporte, distribuição e consumo do combustível nacional) era feita pelo Estado. Depois foi continuada pela CPCAN – Comissão do Plano do Carvão Nacional, que funcionou até 1970 (relatório PBDR, 1994; SIECESC, 1995). Essa cadeia de atividades e gerenciamento na esfera estatal durou 45 anos, até a edição da portaria 801, em 1990, quando o governo Collor decidiu desregular o setor carbonífero, retirando a intervenção do Estado nos sistemas de produção, preços e comercialização do carvão.” (Teixeira, 1996 p. 58).

Em 1987, durante o governo Sarney, com a entrada do carvão importado da Colômbia e a paulatina redução dos subsídios, a produção caiu para 2,7 milhões de ton/ano e os empregos diretos para menos de 10 mil.

A partir desse momento, a produção de carvão foi decaindo gradativamente. O governo começou a mudar sua política no setor, liberou o preço do carvão, acabou com vários subsídios, desativou o lavador de Capivari e a Indústria Carbonífera Catarinense – ICC (em Imbituba), privatizou todo o complexo siderúrgico estatal, destacando-se a Companhia Próspera, subsidiária da CSN, com controle de 27% da produção de carvão e de 37% das reservas em Santa Catarina. (Ibidem).

No início dos anos 90, Criciúma enfrentou a mais grave e profunda crise econômica e social de sua história.

Segundo Teixeira (1996), a região sul presenciou uma crise dentro da própria crise, onde a economia da região, que já estava abalada desde o governo Sarney (1985 – 1989), se agravou ainda mais diante das políticas recessivas e anti-sociais do governo Collor (1990 – 1992).

Analisando o impacto da política recessiva, o mesmo autor coloca que em Criciúma e região, o impacto foi muito mais grave que em outras cidades do Estado, diante do modelo de desenvolvimento local baseado quase que exclusivamente na indústria de carvão, sobre grande dependência e gestão estatal.

E ainda, em Criciúma, a presença do Estado foi marcante no processo de acumulação, pois o empresariado do carvão e, mais recentemente o empresariado do setor cerâmico, contaram com a ajuda do Estado, através de financiamentos públicos dentre outras facilidades.

Nesse sentido, Goularti Filho (1996) reflete que “os grandes grupos econômicos de Criciúma e região sempre souberam cooptar e conquistar, de uma forma categórica, seu espaço na estrutura do Estado... a classe dominante Sulina sempre foi representada no parlamento por seus deputados federais”. (p.28).

O enriquecimento de um grupo restrito de famílias foi, possivelmente, às custas e em função do poder público.

O que conta e torna o enriquecimento privado às custas e em função do poder público em categoria verdadeiramente econômica e forma específica de acumulação capitalista de grande vulto, é o fato de se ter constituído na base das atividades estatais toda uma esfera especial de negócios privados proporcionados

pelo poder público e sistematicamente promovidos pelos detentores desse poder em benefício próprio e dos indivíduos e grupos a que ligam e associam (...) Essa situação deriva de fatos históricos que dizem respeito à própria natureza da organização econômica e social brasileira no que tem de mais profundo; e se reflete numa estrutura política e estatal, em que também se conservam acentuados traços herdados de remoto passado. (Faoro apud Teixeira, 1996 p. 80).

A crise vivenciada em Criciúma ao final dos anos 80 e início dos anos 90 não pode ser vista apenas como uma crise setorial do carvão, mas vem acompanhada de profundas mudanças na esfera do Estado, em função da crise fiscal do Estado em um contexto recessivo, no qual propõe a reestruturação produtiva e econômica, segundo os parâmetros neoliberais.

Cabe salientar que durante todo esse período, além do carvão, a indústria do azulejo, trabalhando silenciosamente, vai criando sua importância na economia da cidade. As molas propulsoras do setor cerâmico foram a existência de argila de boa qualidade, adequada para refratários, e algumas iniciativas locais de pequeno porte. (Goularti Filho, 1996).

Henrique Lage, juntamente com um técnico Italiano, já em 1919, fundou a Indústria Cerâmica Henrique Lage em Imbituba. Em Criciúma surgiu a Cerâmica Santa Catarina Ltda em 1946, fundada por vários sócios. A Sociedade Cerâmica Cocal Ltda foi fundada em 1952, por uma série de sócios, sendo adquirida no final da década por Maximiliano Gaidzinski. A Cecrisa – Cerâmica Criciúma, de Diomício Freitas, foi criada em 1966. As cerâmicas, a partir desse momento, surgem como alternativa à reprodução ampliada de muitos empreendedores da região, onde alguns proprietários de minas investiram também no setor cerâmico. (Ibidem).

Assim como o setor carbonífero, a participação efetiva do Estado no setor cerâmico também é bastante determinante, principalmente a partir de 1964 através da política de apoio à construção civil e linhas de créditos de financiamento para as cerâmicas.

Os períodos mais críticos, para o setor, segundo o mesmo autor, foram a recessão de 81/83 e 90/92 e a extinção do Banco Nacional de Habitação. Tendo em vista a queda do consumo interno de revestimentos cerâmicos, a exportação está sendo o complemento para a utilização da capacidade ociosa.

Da produção mundial de revestimentos cerâmicos, ao Brasil correspondem 12,4%; a região sul-catarinense participa com 46% da produção nacional, sendo que 45% das exportações e do total produzido na região 24,2% são exportados. (Sindicato da Indústria Cerâmica de Criciúma apud Goularti Filho, 1996).

As principais atividades econômicas do município atualmente são a indústria cerâmica, do vestuário, de calçados, construção civil, extração do carvão, comércio e prestação de serviços.

O município abriga no setor industrial cerca de 582 empresas (predominantemente de pequeno e médio portes), das quais 350 são do setor do vestuário; no setor terciário, registram-se 3064 estabelecimentos comerciais, 2202 empresas prestadoras de serviço. (Relatório do Plano Básico de Desenvolvimento –PBDR apud Teixeira, 1996).

Criciúma apresenta uma população de 167661 habitantes, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que destes, 82744 são do sexo masculino e 84917 do sexo feminino. (IBGE-SMS, Criciúma, 1999).

A renda média familiar, conforme inscritos no Sistema Nacional de Emprego – SINE, é de 3,4 salários mínimos. De acordo com a Ação da Cidadania/SC, 17% da população cricumense vive no limite de pobreza. Junto ao problema da fome e da miséria estão também as questões relacionadas à habitação, pois muitas famílias vivem ilegalmente ou em condições muito precárias, nas chamadas “áreas verdes” da cidade, que são áreas desapropriadas pela municipalidade e ocupadas desordenadamente. (Teixeira, 1996).

2.2.3 Desenvolvimento sócio-político

A projeção de Criciúma no cenário nacional não se deu simplesmente pela indústria da mineração e o que esta representou em termos de transição/transformação da cidade no processo de industrialização e urbanização. Segundo Teixeira (1996), principalmente pela “história e cultura política dominantes na cidade e região sul, a partir dos agentes sociais e políticos protagonistas da mineração, os mineiros e mineradores, ao lado de outros grupos e atores sociais que aqui viveram a experiência de morar, trabalhar e construir, numa cidade onde a dialética da vida e da morte é sua principal característica.” (p. 53).

Criciúma, a “cidade do carvão”, é reconhecida nacionalmente como um dos principais centros de mobilização operária e sindical de Santa Catarina.

Até meados dos anos 80, Criciúma foi palco de um intenso movimento operário e popular, principalmente dos mineiros, sendo até mesmo considerado por alguns como a “Cuba” do Brasil. (Teixeira, 1996).

O movimento de emancipação de Criciúma, em 1925, é considerado por Da Ros (1991), como o primeiro movimento popular de maior expressão que aconteceu na cidade.

Para o mesmo autor, esse movimento é liderado por filhos de imigrantes⁷ de maior poder aquisitivo, que se sentindo prejudicados pela taxaço de tributos e pelo não investimento por parte da sede (Araranguá), no sentido de viabilizar a expansáo das indústrias, lutam pela emancipaço, ganhando a simpatia da populaço local.

Em 04 de novembro de 1925, após várias negativas do deputado Estadual e ex-prefeito de Araranguá Cel. João Fernandes, o secretário de governo, Victor Konder, elabora e o governo sanciona a lei que cria o Município de Criciúma.

A Associação dos Mineiros, então chamada de Associação Profissional dos Trabalhadores na Indústria de Extraço de Carvão de Criciúma, é formada em 1944, sendo transformada em Sindicato dos Trabalhadores da Indústria do Carvão de Criciúma no ano seguinte (1945).⁸

O Sindicato dos Mineiros nasce ao final da ditadura de Vargas, dentro de um contexto da política populista, que favorecia a organizaço de associaçoes e sindicatos com a função de integraço e coesáo sindical. Em Criciúma, Elias Angeloni, que teve seu mandato de 1933 a 1945, é compatível com essa política.

Assim, o sindicato dos mineiros foi criado por iniciativa do Ministério do Trabalho, partindo de uma política do Estado de sindicalizar todos os trabalhadores dentro de um “espírito corporativista,” no qual se buscasse garantir a colaboraço entre patrões e operários para a grandeza da naço. (Volpato, 1984).

O sindicato, totalmente atrelado ao Estado, restringia sua atuaço à previsáo orçoamentária, administraço burocrática, assistênci jurídica aos associados, entre outros.

Por outro lado, os mineiros recebem com desconfiança a política paternalista do Estado, não acolhendo a sindicalizaço como um benefício para a classe, tendo em vista que as reuniões que vinham realizando clandestinamente, em busca de organizaço da categoria, era motivo de perseguiçoes. O que se falava era que o governo do Estado não gostaria que os mineiros formassem o seu sindicato. (Ibidem).

7 Os coordenadores dessa campanha eram industriais, comerciantes e professores (Rovaris, Bortoluzzi, Benedet, Ars, Fábio Silva e Nuerberg). Com a emancipaço o Cel. Marco Rovaris foi indicado pelo governo como superintendente e posteriormente ratificado por eleiçoes. Em 1930, o mesmo foi deposto diante de novas articulaçoes das elites, terminando assim seu mandato, assumindo em 1933 Elias Angeloni, forte comerciante local, que governa até 1945. (Da Ros, 1991).

8 A indústria carbonífera nessa época estava em boas condições, diante do bloqueio do carvão europeu (2ª Guerra), e da construçáo de Volta Redonda, com a ajuda norte americana) (Da Ros, 1991).

As diretorias dos sindicatos, desde sua fundação em 1945 até 1957, foram constituídas, segundo antigos mineiros associados, por “lideranças pelegas”. (Volpato, 1984).

Num segundo período, de 1957 a 1964, inicia-se uma nova etapa na história do sindicato dos mineiros de Criciúma. Emerge o movimento de militância trabalhista em prol da defesa dos interesses dos operários. Nesse momento, surge a figura de Antônio José Parente, eleito presidente do Sindicato dos Mineiros em 15 de dezembro de 1957, como também Jorge Feliciano, ligado ao Partido Comunista Brasileiro - PCB, eleito presidente do mesmo em 1961. *Ibidem*).

Em 1961, após a vitória da chapa de Jorge Feliciano, os empresários liderados por Diomício Freitas (candidato a Deputado Federal), procuram sensibilizar o governo e influir politicamente no Ministério do Trabalho para a criação de um novo sindicato em Criciúma.

Assim, em 7 de novembro de 1961, é criada a Associação dos Trabalhadores na Indústria de Extração de Carvão de Rio Maina, com base territorial neste distrito, com o intuito de romper a unidade do sindicato dos mineiros de Criciúma.

O caráter “peleguista” dessa associação (futuro sindicato) está caracterizado através do discurso proferido, registrado em ata: colaboração entre patrões e operários; livrar os operários das garras do comunismo e dos elementos agitadores. (Volpato, 1984).

Em fevereiro de 1962, deixando de ser associação, cria-se o Sindicato dos Trabalhadores na Indústria da Extração de Carvão de Rio Maina, através de despacho favorável do Ministro do Trabalho do governo João Goulart, o senhor Franco Montoro.

Em 1962, não houve greve dos mineiros diante da falta de unidade sindical. No ano seguinte, a greve foi somente do sindicado de Criciúma, sem adesão do sindicato do Rio Maina. (Da Ros, 1991).

Para Da Ros (1991), algumas greves tinham também interesse dos patrões, como forma de pressionar o governo para conquistar melhor preço para o carvão.

Teixeira (1991) discorda de alguns estudos sobre os mineiros de Criciúma, nos quais, muitas vezes, alguns passam a idéia de que a história dos mineiros fora construída sempre em oposição aos donos das minas. Dentre eles, cita Volpato (1989), que em alguns momentos menciona o sindicato dos mineiros de forma a entender que este sempre esteve em oposição aos interesses dos patrões e administradores das minas. Para este autor, ao longo da história dos mineiros, há fortes indicativos de que, em alguns momentos, na relação entre mineiros e mineradores, bem como

com outros grupos dominantes, tenha ocorrido um processo de sujeição e cooptação dos mineiros por parte desses grupos dominantes.

A história dos mineiros de Criciúma não é uma história única, nem sua identidade fora construída sempre em oposição aos donos das minas. O que existe é uma ligação umbilical, às vezes tácita, outras vezes explícita, entre mineiros e mineradores em defesa dos seus interesses comuns e setoriais. Isto é, os interesses pelo carvão, pelo que este minério representou (e representa) na vida de uns e de outros – ressaltando-se, evidentemente, os interesses de classe e as especificidades de cada grupo social, enquanto assalariados e enquanto proprietários... A marca dos mineiros, é de resistência, mas também de conformismo e subordinação. (Teixeira, 1991, p. 37-39).

Na pesquisa empírica realizada, esse caráter de conformismo, de subordinação e cooptação são evidenciados ainda na prática dos CPS como veremos no capítulo III.

Segundo Da Ros (1991), na greve geral de 31 de março de 1964, decretada pela CGT, os mineiros logo ficaram sabendo desse movimento às 23 horas. No dia 1º de abril, os mineiros paralisaram, pela manhã, aproximadamente 6.000 mineiros.

O mesmo autor mostra que, com o golpe militar de 64, o sindicato dos mineiros de Criciúma esteve entre os primeiros a sofrer intervenção. No dia 2, já estavam presentes guarnições do exército de Tubarão e Blumenau. Durante todo o movimento de 57 a 64 foram presos mais de 30 dirigentes sindicais e apenas alguns conseguem fugir. O Ministério do Trabalho, na segunda semana do golpe, já havia nomeado a Junta Interventora. (Volpato, 1984).

O movimento sindical volta a se articular somente em 1980, após todo o esfacelamento da organização anterior. Emerge então uma outra forma de organização: “é neste processo de destroçamento do sindicato, de ditadura militar que o prefeito Manique Barreto institui 37 Sociedades de Amigos de Bairro entre 73 e 76, velha herança dos círculos operários.” (Depoimento de Cologni apud Da Ros, 1991 p. 66).

Consideramos essas Sociedades Amigos de Bairro como o embrião para a formação dos Conselhos Populares de Saúde - CPS em Criciúma.

Os Círculos Operários surgiram na década de 60, como proposta da Igreja Católica, que despontaram com muita influência na região, em diversos bairros, núcleos chamados de círculos operários, financiados pelos mineradores, para combater e reagir aos sindicatos e formar lideranças

pacíficas, em oposição à organização operária.⁹

Estes círculos operários, dos patrões, da Igreja, e instruídos pelo exército, negadores por essência da luta de classes, passam a preparar lideranças também na área da reprodução da força de trabalho (as primeiras organizações de moradores)... Os Movimentos Sociais Urbanos de Criciúma, limitados a reivindicações de pequenas "benesses", facilmente cumpridas pela prefeitura, que se legitima com isto, nascem desses círculos operários. (Da Ros, 1991, p. 64).

Ainda sobre as Sociedades Amigos de Bairro, estas foram criadas perante a total carência e abandono das comunidades periféricas, nos bairros. Sua finalidade consistia em levantar as necessidades da comunidade e reivindicar recursos e meios de solução junto à Prefeitura ou órgãos públicos competentes.

Conforme Volpato (1989), alguns vereadores do PMDB assim as descrevem¹⁰: “As lideranças locais eram articuladas e elegiam sua diretoria. Como resultado da organização da comunidade nos bairros, surgiu em cada centro de bairro um posto de atendimento de primeiros socorros, central de medicamentos básicos. As Sociedades Amigos de Bairro, elegendo as próprias lideranças, eram organizadas e tinham poder reivindicatório.” (Volpato, 1989 p. 107).

O caráter reivindicatório, ainda que reprimido, permanece na prática dos CPS. No capítulo seguinte, ao discutirmos o papel dos CPS, será evidenciado este caráter, que não deixa de ser importante, principalmente diante da falta de garantia dos direitos previstos constitucionalmente. Porém, os Conselhos, muitas vezes, acabam ficando apenas em reivindicações pontuais localizadas, sem preocupação com os aspectos sócio-políticos da saúde, o que vem a limitar a prática dos CPS, conforme veremos posteriormente.

Apesar da fraca organização dessas sociedades, as Sociedades Amigos de Bairro ainda apresentavam algum poder reivindicatório, diferenciando-se, a partir da administração de Altair Ghidi (1977), época em que a Prefeitura direciona a política reivindicatória dessas associações. Esta prática política de direcionamento é percebida e também evidenciada em outros momentos dos movimentos populares de bairro, em que os CPS, por vezes, parecem mais uma extensão

9 Estas referências/reflexões foram encontradas em Volpato, (1989); Da Ros, (1991), sendo que estes citam também Minas, 1988. Alguns depoimentos de lideranças sindicais são apresentados nesses estudos, que buscam demonstrar o quanto os círculos operários, através da Igreja, contribuíram para a formação de lideranças pelegas. Dentre esses depoimentos podemos citar Sr. Jorge Feliciano e Cologni.

10 Depoimento dos vereadores Lirio Rosso e Gelci Xavier (PMDB).

da administração, constituindo o que poderíamos chamar de “prefeiturização” desses Conselhos, como veremos posteriormente.

A administração de Altair Ghidi (1977 – 1982) é analisada por Da Ros (1991), principalmente os seus dois últimos anos, período em que a conjuntura nacional colabora e determina significativamente na vitória do PMDB em 1982.

Para esse autor, a administração de Altair Ghidi, ligada à ARENA – PDS, vem se caracterizar dentro de um contexto de crise do modelo burocrático – autoritário, modelo implantado a partir do golpe militar (1964), que se agrava principalmente nesse período, época em que ocorre o aumento da mortalidade infantil e do número médio de horas trabalhadas para a classe trabalhadora, bem como arrocho salarial, sindicalismo amordaçado e crise do petróleo, entre outros. Essas questões estavam ligadas a uma recessão mundial, a mais uma crise do modelo capitalista.

É um momento de grande insatisfação popular, iniciando-se em todo o País manifestações contra a ditadura. O governo militar, acobertado pela Aliança Renovadora Nacional (ARENA), apresenta dificuldades de legitimação e governabilidade, sendo criados ao final de 79 e início de 80, 06 partidos: Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), antigo Movimento Democrático Brasileiro (MDB); Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e Partido Democrático Trabalhista (PDT) — herdeiros do trabalhismo e herança getulista, sendo o primeiro mais confiável aos militares; Partido dos Trabalhadores (PT), ligado ao novo sindicalismo brasileiro, setores progressistas da igreja católica e intelectuais de esquerda, independentes ou oriundos do MDB; Partido Popular (PP), formado por setores mais moderados do MDB e liberais menos conservadores da ARENA; Partido Democrático Social (PDS), partido do governo, sucedâneo da ARENA. (Da Ros, 1991).

Assim, a administração de Ghidi, ligada à ARENA, vem representar um governo ditatorial, utilizando estratégias para desarticulação dos bairros, como observam os depoimentos seguintes:

A administração municipal procurou desarticular as Sociedades, através da nomeação dos dirigentes, que são interventores da prefeitura nos bairros. Com isso as Sociedades Amigos de Bairro perderam sua força e o interesse pela associação.¹¹

Os movimentos de bairro estão sob o controle da Prefeitura. Ela tem seu

11 Depoimento do vereador Gelei Xavier (PMDB).

*peçoal, que coloca à frente da comunidade, não permitindo que a população se manifeste. Os Conselhos Comunitários bloqueiam a voz da comunidade. A prefeitura estragou os Conselhos Comunitários e as Sociedades Amigos de Bairro*¹² (Volpato, 1984 p. 107 – 108).

Por outro lado, esse movimento também apresenta contradições, na medida em que garante atendimento de algumas reivindicações, abrindo espaços para velhas e novas lideranças sindicais que, impossibilitadas de atuarem nesse período de ditadura militar nos sindicatos, percebiam essas associações como espaços de organização para a conquista de direitos. (Da Ros, 1991).

Diante do novo contexto de redemocratização do País, no final dos anos 70 e início dos anos 80, Criciúma, assim como todo o País, vivencia um outro momento político de sua história.

Para Teixeira (1996), o surgimento do “novo sindicalismo” na região do ABC, em São Paulo, e a emergência de novos atores no cenário político brasileiro, nesse período, repercutiu na cidade de Criciúma, mas também outros três atores, além dos mineiros, estão diretamente ligados à história dos movimentos sociais, populares e sindicais na cidade e região carbonífera: grupos de militantes da Pastoral de Juventude e da pastoral Operária, organizados no início dos anos 80; militantes do Partido dos Trabalhadores – PT, fundado em Criciúma em 1981; e Movimentos de Oposição Sindical, organizados primeiramente na Associação Nacional dos Movimentos Populares e Sindicais - ANAMPOS e, posteriormente, na Central Única dos trabalhadores - CUT e nas Oposições Sindicais organizadas em Criciúma, a partir de 1983.

Diversas manifestações populares, na cidade, emergiram quando já não existia mais o Movimento pela Anistia e Contra o Custo de Vida. Foram organizados pela Pastoral Operária e Pastoral da Juventude. Conforme Teixeira, “com a Pastoral Operária, de Juventude e algumas Associações de Moradores – especialmente a Associação de Amigos de Bairro da Vila Manaus – aconteceram as primeiras mobilizações populares na cidade com características autônomas e combativas.” (Teixeira, 1996 p. 150).

Dentre as várias lideranças populares e pastorais que se destacaram no período, o mesmo autor destaca Pe. Valdemir Miotelo e João Paulo Teixeira, este último então presidente da Associação de Amigos de Bairro da Vila Manaus.

¹² Depoimento Pe. Carlos Vecchi (vigário da Cidade Mineira).

Conforme a reflexão do autor supra citado, aos poucos esse processo de articulação das lutas operárias e populares na cidade vão se distanciando, na medida em que alguns movimentos populares que tiveram influência mais à esquerda, praticamente desapareceram no cenário político local ou passaram a ser controlados e dirigidos pelas forças mais conservadoras.

Foi então, no período de 1982 a 1992, que ocorre um deslocamento de lideranças do movimento popular para o campo sindical e partidário, tendo por conseqüência o esvaziamento do espaço popular, da luta nos bairros e junto a outros movimentos, dentre eles de mulheres, negros, idosos, da juventude e do próprio movimento estudantil, que acabam sendo influenciados pelas forças políticas tradicionais ligadas ao PMDB ou ao PDS.

O PMDB, partido que já tinha uma tradição oposicionista e “de esquerda” na cidade – tradição esta construída durante o regime militar – ocupa estes espaços de poder local, criando diretórios, associações de bairro, movimentos e, com base no clientelismo e no apadrinhamento, coopta e controla inúmeras lideranças. Os partidos de esquerda subestimavam este tipo de militância ou, só tardiamente, perceberam sua importância. (Teixeira, 1996 p. 150).

É nesse período que o PMDB assume a prefeitura de Criciúma, instalando o chamado “governo popular” José Augusto Hülse/ Roseval Alves (1982 –1988)¹³, período em que o movimento popular ficará sob a hegemonia peemedebista. Esse governo utiliza-se da experiência de caráter popular na área da saúde pública, encabeçada por um grupo de pessoas que se identificavam com as teses do Partido Comunista Brasileiro – PCB, diferenciando-se do restante da administração municipal, opondo-se a mesma em vários momentos. A experiência vivenciada nesse período, na área da saúde, será melhor analisada posteriormente.

Foi nesse período que o PMDB participou do processo de fundação da União das Associações de Bairro de Criciúma - UABC, entidade representativa no município que, no início, contou com a participação de petistas e outros grupos de esquerda, porém acabou sendo hegemonizado pelo PMDB.

¹³ Em 1985, chegou-se ao auge das atividades carboníferas. Já em 1987, durante o governo Sarney, começa a diminuir a produção de carvão com a entrada do carvão importado.

Durante muitos anos o PT de Criciúma, “através da CUT”, priorizou a luta político – sindical na cidade e região e secundarizou as lutas nos bairros. Com forte presença e enraizamento nos bairros, o PMDB passa a ter hegemonia e disputar com PDS, os espaços populares, especialmente as Associações de Moradores. A forte inserção do PMDB nos bairros, se deu a partir de experiência popular de saúde e dos apoios de antigos militantes comunistas e trabalhistas do PTB e MDB, entre outros militantes ligados aos sindicatos dos mineiros de Criciúma e Rio Maina. (Teixeira, 1996 p. 153-154).

A estratégia peemedebista de inserção nos bairros por meio das Associações de Moradores da Administração de Hülse/Roseval, é também reproduzida nas administrações Moreira/Antonelli e Meller/Dal Farra, o que é evidenciado por meio das entrevistas realizadas com conselheiros, conforme descrição e análise posterior.

A relação de dependência entre associações de moradores e administração municipal é visível. Com a derrota do PMDB, em 1988, com a nova gestão Altair Ghidi 1989-1992¹⁴, essas associações não conseguem dar continuidade aos seus trabalhos.¹⁵

Cabe retornarmos um pouco ao movimento sindical do anos 80 para entendermos o processo dos movimentos sociais e populares até a atual conjuntura.

A maioria dos sindicatos, no município de Criciúma, no início dos anos 80, estava controlada por dirigentes tradicionais, atrelados aos interesses dos empresários e/ou governantes, que buscavam reproduzir a política de conciliação de classes, imobilismo e assistencialismo.

Em 1984, com a fundação da Central Única dos Trabalhadores – CUT, primeira regional da mesma em SC, com a vitória em 1985 da Oposição Sindical Vestuarista e calçadista e no ano seguinte da oposição sindical mineira, o movimento sindical passa a ser mais forte e organizado, marcado por sucessivos enfrentamentos com o governo e o patronal local. (Teixeira, 1996).

Mas também, nesse período, no meio sindical, os confrontos entre sindicalistas tradicionais/pelegos e sindicalistas cutistas ficam cada vez mais presentes, o que levou o sindicalismo em Criciúma a se dividir em duas vertentes: uma ligada à CUT e ao PT e outra que reunia a maioria dos sindicatos, chamada de “intersindical”.¹⁶

14 A crise no carvão se agrava nos anos 90, principalmente diante das políticas recessivas do governo Collor.

15 Em 1992 duas chapas disputaram a eleição para a UABC: uma integrada por militantes do PMDB e PT e outra, representada por filiados ao PFL e PDS, como apoio de setores integrantes do PDT. José Paulo Garcia, do PFL, foi eleito presidente da UABC, derrotando a chapa PMDB – PT. (Teixeira, 1996)

16 Fato curioso colocado por Teixeira (1996) é que, embora identificando-se com a CUT, o sindicato dos mineiros de Criciúma nunca foi filiado a mesma, e nem tão pouco seguia as suas orientações. Outra questão curiosa é que o PT, desde 1984, acabava se relacionando com a intersindical, em virtude do advogado trabalhista e membro do partido, Milton Mendes de Oliveira, ser assessor jurídico dos sindicatos ligados a intersindical e anti-cutistas, que acabava criando uma cisão no interior do PT.

Pode-se vivenciar, portanto, ao final dos anos 80, uma política mais combativa entre trabalhadores e empresários/governo, o que foi uma característica de outras categorias de trabalhadores, além dos mineiros, como dos vestuaristas, metalúrgicos, servidores públicos, bancários, professores. “Todos esses movimentos tinham em comum a marca da “radicalização”, da “transformação”, influência da Igreja da Libertação, do Partido dos Trabalhadores e da tradição da esquerda socialista, organizada na cidade”. (Teixeira, 1996 p. 156).

A situação atual dos movimentos sociais locais diferencia-se muito dos anos 80. Para Teixeira (1996), o movimento social, popular e sindical vivencia um momento (análise realizada até 1995) de refluxo, estigmatização, apresentando seu maior desgaste no processo eleitoral de 1992, em que as elites locais demonstram novamente seu poder na política local. Diante da crise vivenciada no setor carbonífero dos anos 90, as elites desenvolvem uma estratégia política e ideológica através da Associação Comercial e Industrial de Criciúma – ACIC e alguns meios de comunicação de massa, elaborando um discurso sobre a cidade, colocando que os responsáveis pela crise não eram as elites, nem o governo federal, mas sim os próprios trabalhadores, em virtude de suas greves e seus representantes políticos e sindicais. Esse discurso foi utilizado como uma estratégia de cooptação e articulação com segmentos dos movimentos populares, para manter o domínio político. Sabe-se que estas questões têm relação com a conjuntura nacional e internacional, de globalização, de política neoliberal, conforme já colocado no capítulo anterior.

Contudo, no panorama político-administrativo o executivo municipal vem sendo administrado por partidos ligados a ARENA – PDS ou PMDB, e no período que vai de 1966 a 1982 a mesma linha política (UDN-ARENA-PDS) ocupou o comando do executivo municipal (aproximadamente 16 anos, salvo o período de 1970 a 72, quando assumiu Nelson Alexandrino do MDB); e a partir de 82 o predomínio passa a ser de um grupo centrado no PMDB, que vem ocupando o comando político da Prefeitura Municipal, salvo o período de 1989 – 1992, quando assume Altair Guidi ligado ao PDS.

2.3 O processo de construção da Política de Saúde no Município

O primeiro serviço institucional criado no Município de Criciúma foi o Hospital São José, fundado em 1936, por um grupo de sete provedores; era mantido com financiamento de particulares e um montante repassado pela Prefeitura Municipal. Em 1956, passou a ser gerido pela Congregação das Irmãs Escolares de Nossa Senhora, permanecendo até os dias de hoje. Inicialmente dispondo de apenas 13 leitos de internação, passou por diversas ampliações de área física e serviços,

chegando a 330 leitos (Constantino, 1998). Atualmente é o único hospital geral a atender pacientes do SUS no Município, embora tenha reduzido o número de leitos disponíveis para tal clientela. Além da população de Criciúma, o hospital é referência para toda a região sul do estado. (Conforme Informações da Secretaria Municipal de Saúde – SMS).

Em 1943, foi instalado o posto de assistência médica da Caixa de Aposentadoria e Pensão – CAP dos ferroviários, que atendia aos funcionários e dependentes da Estrada de Ferro D. Tereza Cristina (Constantino, 1998).

As CAPs foram instituídas no país na década de 20, resultado da organização dos trabalhadores de diversos setores, tornando-se o embrião do seguro social no Brasil. Concediam os seguintes benefícios: aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensões para os dependentes dos empregados, auxílio pecuniário para funeral, assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos. Algum tempo depois as CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAPs. Conforme Braga (1981), a principal diferença entre um e outro modelo de seguridade social está no fato de que as CAPs eram organizadas por empresas e os IAPs por categoria de trabalhadores.

As CAPs possuíam serviços de assistência próprios, enquanto os IAPs compravam serviços privados (Braga, 199..).

Segundo Cordeiro, as CAPs e depois os IAPs eram instituições empresariais controladas pelo Estado – o presidente da República nomeava o presidente da “Caixa”, e eram financiadas por meio de contribuição salarial (3%) dos empregados, das empresas (1% da renda bruta) e da União (1,5% das tarifas dos serviços prestados pelas empresas). (apud Bertoluzzi, 1996).

Em Criciúma, somente em 1953 ocorre a incorporação da Caixa dos Ferroviários pelo Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Transportadores de Carga - IAPTC, que abrangia também empregados de mineradoras de carvão. Algumas empresas mantinham serviço próprio de assistência aos empregados e dependentes.

Em 1954 foi implantado no município o Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência – SAMDU, com funcionamento 24 horas, prestando assistência médica ambulatorial e domiciliar, indistintamente a previdenciários ou não. Em 1966 os IAPs foram incorporados pelo Instituto Nacional de Previdência Social — INPS, que em Criciúma passou a funcionar na agência do IAPTC, ampliando a assistência aos dependentes. Nessa mesma época foi extinto o SAMDU

(Constantino, 1998).

Em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que desvincula a prestação de assistência à saúde do órgão responsável pela previdência, criando o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social — INAMPS, para gerir a assistência à saúde e o Instituto Nacional de Seguridade Social — INAMPS, responsável pela assistência previdenciária. (Ibidem).

Em Criciúma, assim como em outros municípios de maior porte, é instalado um Posto de Assistência Médica — PAM, no centro da cidade, prestando atendimento médico (por especialidade médica), de enfermagem e odontológico, de demanda espontânea, gerando aqui e em todo o país as famosas extensas filas do INAMPS. Com a fusão dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, após a criação do SUS, com a Constituição de 1988, os serviços de saúde federais foram inicialmente transferidos à administração estadual e depois municipalizados; em Criciúma, o PAM/INAMPS foi assumido pela administração Municipal em 1991.

No ano de 1962 foi inaugurado o Hospital Santa Catarina, com caráter de hospital geral, de propriedade de grupo privado, entre os quais tinham participação minoritária um grupo de médicos. Em 1972 foi incorporado às empresas Guglielmi. No período de 1974 a 1980 o hospital manteve-se fechado sob alegação de excesso de leitos no Município; foi reaberto em 1981 como hospital pediátrico, com a mesma razão social. Foi novamente fechado em 1997, sob alegação de inviabilidade financeira, ficando o atendimento hospitalar pediátrico a cargo do hospital São José. Em 1999 foi comprado pela Prefeitura Municipal de Criciúma, que instalou em suas dependências um serviço de pronto-atendimento infantil. (Ibidem)

A Sociedade Guglielmi e Freitas funda em 1963, o Hospital São João Batista, cuja administração ficou a cargo de freiras da Ordem das Pequenas Irmãs da Divina Providência. Com o rompimento da sociedade, em 1973, o Grupo Guglielmi assume a administração do hospital. A ala pediátrica é transferida em 1983 para o Hospital Santa Catarina, de propriedade do mesmo grupo (Constantino, 1998). Em 1998 o Hospital São João Batista rompe o convênio com o Sistema Único de Saúde, passando a atender somente clientes particulares.

A Casa de Saúde Rio Maina, de propriedade de dois médicos, foi fundada em 1968, e é uma instituição hospitalar especializada no atendimento à saúde mental. Submeteu-se a diversas ampliações de sua área física, sendo sua maior clientela os pacientes usuários do SUS.

Com relação ao setor de saúde pública do município, conforme Braga (1981), após a criação do Ministério de Educação e Saúde, em 1930, são instalados departamentos nos estados,

atendendo à política de interiorização de Saúde Pública da atenção à saúde, como estratégia para controlar as endemias em curso no País. Em Santa Catarina, o Departamento de Saúde Pública é criado em 1936. Já no ano seguinte são formalizados os Distritos Sanitários, com sede nos municípios mais populosos e economicamente expressivos. Criciúma pertencia ao Distrito Sanitário de Tubarão e teve em 1944 a instalação do Posto de Puericultura, o primeiro a prestar assistência pública de saúde, realizando consultas médicas de pré-natal e pediatria, vacinação anti-variólica e fornecimento diário de mamadeiras prontas.

A expansão econômica de Criciúma coloca o Município em status de possuir seu próprio Centro de Saúde, que é inaugurado em 1954, com uma equipe composta por 01 médico, 03 atendentes de enfermagem e 01 servente.

Em 1960, cria-se o 11º Distrito Sanitário, com sede em Criciúma, cuja jurisdição abrangia os municípios de Urussanga, Siderópolis, Nova Veneza, Araranguá, Turvo, Sombrio, Jacinto Machado e Praia Grande.

A Secretaria de Estado da Saúde é criada em 1970 e em 1973, numa medida de reorganização dos serviços de saúde pública, os 12 Distritos Sanitários são substituídos por 06 Centros Administrativos Regionais de Saúde – CARS. Criciúma torna-se a sede do III CARS. A rede ambulatorial da Secretaria Estadual em Criciúma expande-se gradativamente em mais 10 Unidades de Saúde. Uma nova reforma amplia o número de centros administrativos regionais, permanecendo o Município de Criciúma como sede da 12ª Regional de Saúde, com jurisdição nos municípios membros da Associação dos Municípios da Região Carbonífera – AMREC.

No âmbito da administração municipal, é criada em 1983 a Secretaria de Saúde e Bem Estar Social, com o propósito de ampliar a atuação do Município na área da saúde, que até então restringia-se a um serviço mantido em convênio com o FUNRURAL, consistindo em um ônibus itinerante, equipado para prestar consultas médicas e odontológicas, visitando uma vez ao ano cada comunidade rural. Nesse mesmo ano, a Secretaria inicia a implantação de uma rede de Unidades de Saúde na periferia do Município. As primeiras Unidades são instaladas nos bairros Boa Vista, Vila Manaus e Brasília, seguidas de unidades implantadas na região rural do então Distrito de Forquilha. Embora a implantação da rede ambulatorial obedecesse a um planejamento global de um Sistema Municipal de Saúde, a mobilização da população dos bairros, por meio de entidades comunitárias, era um critério forte na sequência das instalações das Unidades, dado o forte apelo popular da administração municipal de então.

Cabe salientar que esse momento foi marcado pela instalação do chamado “governo popular” de José Augusto Hülse/ Roseval Alves (1983-1988), no qual, na área da saúde pública, implantaram uma experiência de caráter popular, encabeçada por grupos de pessoas que se identificavam com as teses do Partido Comunista Brasileiro – PCB, sendo muitos deles advindos também do Movimento Sanitário.

Através do departamento de promoção social, o Serviço Social marcou presença importante no processo de mobilização e participação da população nesse período.

Jorge Feliciano assumiu a promoção Social com um quadro de algumas Assistentes Sociais e suas preocupações maiores eram: transformar as associações de amigos de bairro em associação de moradores... ampliar contato com a população para tentar modificar seu nível de consciência e trazê-los para uma concepção mais progressista. Além, é claro, de se legitimar pelo trabalho desenvolvido. (Da Ros, 1991, p. 151).

A rede física foi planejada para constituir um sistema hierarquizado, assim o Município foi dividido em 05 regiões – Próspera, Pinheirinho, Santa Luzia, Rio Maina e Área Rural, sendo que cada uma das regiões deveria possuir uma Unidade Regional, com maior complexidade nos serviços ofertados, localizada no bairro de maior concentração populacional e que serviria de referência para as Unidades básicas dos demais da região. Com a emancipação de Forquilha, em 1990, Criciúma perdeu a maior parte de sua área rural, o que levou a modificações na conformação das regiões.

Em 1985, um convênio entre o Município e a União, para a implantação das Ações Integradas de Saúde, possibilitou o financiamento dos serviços municipais, desenvolvidos em ritmo intenso durante esse período. Em 1987, a rede era constituída por 27 Unidades. Segundo Constantino (1998), também nesse período foram municipalizadas as Unidades de Saúde da Secretaria Estadual.

No período da administração municipal Altair Ghidi (1989 a 1992), ocorreu o desmonte do trabalho que vinha se desenvolvendo no setor saúde. Nos três primeiros meses de gestão, Ghidi já havia demitido a grande maioria dos profissionais de saúde (principalmente médicos e enfermeiros), profissionais oriundos do movimento sanitário, conforme já mencionado. No lugar destes, segundo Da Ros (1991), foram contratados médicos vinculados ao setor privado, para atender dois a três postos cada um e cumprindo menor carga horária.

Foi então, nesse novo contexto, que se deu continuidade ao processo de municipalização até a implantação do SUS, porém não mais voltado para a mudança do modelo de atenção de fato,

mas tendo por base o modelo clínico e curativo. O município incorporou, nesse período, a gestão do serviço de saúde federal existente no Município um serviço de especialidades médicas, localizado no chamado “PAM velho” e “PAM novo”, onde se localizavam os serviços de enfermagem, cirurgia ambulatorial e pediatria; o processo de municipalização enfrentou forte resistência de boa parte dos funcionários federais, principalmente quando foram propostas várias mudanças de caráter organizacional e administrativo, aproximando os serviços à nova realidade da gestão do setor saúde.

O PMDB ganha as eleições de 1992, tendo como candidato a prefeito Eduardo Moreira, que segundo Teixeira (1996) “de médico privatizante, terminou a campanha comprometido com a retomada da experiência de saúde pública feita na gestão José Augusto Hülse”. (p. 224).

Em 1994 o Município contava com 38 Unidades de Saúde, sendo 01 Unidade exclusivamente odontológica, 31 Unidades Básicas, 04 Unidades Referenciais e 02 Unidades Especializadas, com a seguinte distribuição regional: Próspera - 06 Unidades, Centro - 10 Unidades, Boa Vista, - 08 Unidades, Santa Luzia – 08 Unidades e Rio Maina – 07 Unidades. (Plano Municipal de Saúde – SMS, 1994).

Inicialmente as Unidades eram adaptadas em Centros Comunitários ou prédios já existentes, o que gerou necessidade de substituição por prédios próprios, com maior espaço físico, adaptando-se aos novos serviços assumidos com a municipalização da gestão do setor saúde pela Administração Municipal.

Atualmente, na gestão peemedebista de Paulo Meller (1997-2000), o Município possui 50 Unidades de Saúde, distribuídas conforme os quadros que seguem (SMS, Of. 0220/00, 2000):

REGIONAL PRÓSPERA
1. Pronto Atendimento 24 Horas Próspera
2. Unidade Referencial Próspera
3. U.S. Brasília
4. U.S. C.S.U.
5. U.S. Nossa Senhora da Salete
6. U.S. Linha Batista
7. U.S. Vila Rica
8. U.S. Mina Quatro
9. U.S. Ana Maria
10. U.S. Cristo Redentor

REGIONAL CENTRO
1. Pronto Atendimento Infantil 24 Horas
2. Policlínica Municipal
3. Centro de Saúde
4. Centro de Referência Saúde da Mulher
5. U.S. Criança Saudável
6. U.S. São Luiz
7. U.S. Santos Dumont
8. U.S. Mina do Mato
9. U.S. Vila Zuleima
10. U.S. São Simão
11. U.S. Quarta Linha
12. U.S. Morro Estêvão

REGIONAL BOA VISTA
1. Pronto Atendimento 24 Horas Boa Vista
2. Unidade Referencial Boa Vista
3. U.S. Paraíso
4. U.S. Santo Antônio
5. U.S. Santa Augusta
6. U.S. Cruz Vermelha
7. U.S. Sangão
8. U.S. São Roque
9. U.S. Verdinho

REGIONAL SANTA LUZIA
1. U.S. Santa Luzia
2. U.S. Vila Manaus
3. U.S. Mineira Nova
4. U.S. Mineira Velha

5. U.S. Vila Belmiro
6. U.S. Mina União
7. U.S. Nova Esperança
8. U.S. São Defende
9. U.S. São Sebastião
10. U.S. Mãe Luzia

REGIONAL RIO MAINA
1. Unidade Referencial Rio Maina
2. Odontoclínica
3. U.S. Wosocris
4. U.S. São Marcos
5. U.S. Metropol
6. U.S. Colonial
7. U.S. Laranjinha
8. U.S. Vila Francesa
9. U.S. Mina do Toco

3 - A DINÂMICA DOS CONSELHOS POPULARES DE SAÚDE

Maria, Maria...É o som, é a cor, é o suor; é a dose mais forte lenta; de uma gente que ri quando deve chorar que não vive apenas agüenta. Mas é preciso ter força, é preciso ter raça, é preciso ter gana sempre. Quem traz no corpo a marca Maria, Maria, mistura a dor e a alegria. Mas é preciso ter manha, é preciso ter garra, é preciso ter sonho, sempre. Quem traz na pele essa marca possui a estranha mania de ter fé na vida.

Milton Nascimento – Fernando Brant

3.1 Os Conselhos Populares de Saúde no Município: uma “velha” história

Como vimos anteriormente, a década de 70 e 80 do século XX foi marcada por amplo debate e mobilização em prol do fim do regime militar e da democratização do país. Trata-se de um período que registra vários acontecimentos, dentre eles, a campanha pelas “Diretas Já” e a derrota do regime militar, a Assembléia Nacional Constituinte e a Constituição vigente, resultante desse processo.

A Constituição de 1988 apresenta avanços no campo das políticas sociais, estabelecendo bases jurídicas para a construção de um novo formato de cidadania, contemplando o ramo social como um direito do cidadão e dever do Estado, abrindo espaço para participação popular, através da constituição de Conselhos paritários, em cada nível de governo, que se apresentam como novo locus de exercício político.

No setor saúde, este ideário político foi materializado nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis 8080 e 8142.

Daí emergem os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, com a função de atuar na formulação de estratégias, controle e fiscalização da execução

dá política de saúde nas instâncias correspondentes, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Esses Conselhos são considerados por vários autores como um espaço importante na construção de uma esfera pública democrática e para os próprios rumos da Reforma Sanitária, como coloca Conill et al:

Esses Conselhos constituem um espaço político administrativo onde poderão emergir de forma concreta as representações dos diferentes interesses envolvidos na construção dos Sistemas Locais. Significam também locus de um poder formal atribuído às diversas formas de organização popular. A tão propagada participação social, popular, comunitária ou dos usuários adquire finalmente uma expressão não apenas discursiva, nem jurídica, mas operativa e real. (Conill et al, 1995, p. 99-100).

Em Criciúma, além do Conselho Municipal de Saúde, foi criada uma outra instância, os Conselhos Populares de Saúde - CPS, (em outros locais chamados de Conselhos Locais de Saúde), como proposta da Secretaria Municipal de Saúde, a partir de 1994, como forma de “incentivar a participação popular na formulação da política e da execução das ações de saúde, buscando garantir que a sociedade deixasse de ser apenas usuária dos serviços para transformar-se em agente de mudanças”. (Plano Municipal de Saúde, 1994).

Os Conselhos emergem numa administração ligada ao PMDB, tendo como Prefeito Municipal Eduardo Pinho Moreira (pós governo de Altair Ghidi - ligado ao PDS), num momento em que alguns técnicos, que haviam trabalhado na administração de José Augusto Hülse/Roseval Alves (1983 –1988), retornam à Secretaria Municipal de Saúde. Assim, alguns destes técnicos, buscando retornar a experiência de “caráter popular” na área da saúde pública vivenciado na administração Hülse, propõem a criação de CPS, nos bairros que possuíam unidades de saúde. Essa proposta surge, principalmente, a partir do departamento de Serviço Social da Secretaria, o que veio a responsabilizar primeiramente as Assistentes Sociais na implantação dos conselhos.

Para uma melhor compreensão da formação dos CPS na Gestão Eduardo Moreira (PMDB), torna-se mister retomar a experiência de participação no contexto de implantação das AIS (Ações Integradas de Saúde) e do SUDS em Criciúma (Administração Hülse), bem como uma experiência anterior a essa administração vivenciada no bairro Vila Manaus. A Organização dessa comunidade partiu da associação de moradores, que formou uma comissão de saúde, então chamada equipe de Saúde, conforme depoimento da atual coordenadora do CPS desse bairro (depoimento colhido para este trabalho):

“Nós já sabíamos, na verdade o que nós queríamos ia pra Vila Manaus. A gente se reunia lá no centro comunitário, nem...era no centro comunitário, porque o Altair Ghidi, ele fez o centro comunitário mas ele deixou fechado um ano. Pra não dar pra nós funcionarmos, aí ficou fechado. Aí nós nos reuníamos na casa da C., na escola, ... nas casas das pessoas... Então tinha uma equipe, e nós tínhamos as líderes de rua. Cada rua da Vila Manaus, nós tínhamos um líder. Esse líder era responsável pela rua(...) tudo que precisava ou tudo que acontecia na rua sobre trabalho, sobre saúde, (...) que se referia a lixo, a esgoto, (...) essa líder tinha a responsabilidade de se reunir com a rua dela e tirar o que eles estavam precisando, as propostas, e levar para a reunião da equipe de saúde. E aí nós íamos ver em conjunto o que nós poderíamos fazer. Então, era dessas líderes que nós tirávamos as comissões, que nós íamos para a prefeitura reivindicar o que nós precisávamos para a comunidade. Nessa época nós não tínhamos posto de saúde(...). Quando o Zé Hülse assumiu(...) nós já tínhamos posto de saúde já no mapa o que nós queríamos (...) Trabalho dessa equipe de saúde e dessas líderes de rua, trabalhar em cima da prevenção, nós não queríamos que o médico ficasse só dentro do posto de saúde atendendo. Quando o primeiro médico veio para a Vila Manaus, que foi a Rosália(...) quando nós sentamos para discutir com ela nós já sabíamos o que nós queríamos. A gente na época tinha uma saúde muito melhor, uma integração muito maior, nós era como uma única família na Vila Manaus, pelo trabalho que nós tínhamos.¹ Hoje o programa da família não diz muita coisa, a gente teve muito melhor o que é que é saúde preventiva dentro da comunidade(...). Por isso é que o CPS para nós não foi nenhum mistério(...). O CPS é diferente porque nós não temos as líderes que na época nós tínhamos, que era quem fazia tudo na comunidade. Hoje, o que é que nós temos na nossa comunidade? Esses agentes comunitários. E qual o trabalho deles? De fazer o mesmo trabalho que as nossas líderes faziam e faziam de graça. Hoje elas são pagas para fazer isso e na verdade ainda não fazem, né?(...) A gente fica muito decepcionada com o avanço que teve e como parou o trabalho na verdade, né?(...) de saúde, de prevenção.”
(Conselheiro 1)

Ao perguntar sobre o período que permaneceu o trabalho dessa equipe de saúde/comissão, assim nos relata:

“Durou por toda a administração do José Hülse e depois a gente acabou se perdendo, porque depois o Altair Ghidi entrou e acabou com todo o trabalho de saúde que existe na comunidade: associação de moradores, creche, aquela coisa toda ele acabou (...). A gente acabou se perdendo, não tendo muita força pra brigar, pra lutar. Porque a gente via que não adiantava brigar com ele, né?”
(Conselheiro 1)

Esse depoimento demonstra o nível de organização desse bairro, marcado em alguns momentos por uma experiência de participação comunitária, enquanto em outros de participação popular. A experiência dessa comunidade é citada em alguns trabalhos como em Da Ros (1991),

¹ Essa questão sublinhada será retomada nas considerações finais.

Teixeira (1996) e Ruver (1992). Esta última autora, assim se refere a essa comunidade em suas análises sobre as contribuições, limites e contradições da participação no contexto de implantação das AIS e do SUDS em Criciúma: “a única comunidade que mostrou maturidade (...) no sentido de autogerir (...) foi a Vila Manaus. Esta comunidade organizava-se através de comissões de saúde por rua, cursos sobre uso de chás e reivindicações na área de habitação, saneamento e meio-ambiente”. (Ruver, 1992, p. 86).

Essa experiência leva-nos a adentrar no cenário da participação no governo de Hülse, tendo em vista a forma como essas e outras experiências de cunho comunitário foram interrompidas no governo de Altair e como são retomadas no governo de Eduardo Moreira. Para tanto, utilizaremos as reflexões de Ruver (1992), visto que a mesma analisa esse processo.

Na implantação das AIS e do SUDS em Criciúma, a Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social (SSBES), a partir da criação do Departamento de Promoção Social, adotou uma estratégia na tentativa de implantar uma política de saúde participativa.

A organização das associações de moradores era estimulada pela Secretaria Municipal de Saúde, tanto priorizando o atendimento das comunidades organizadas, como prestando assessoria e ajuda para sua organização. Desta forma, criava-se um vínculo da associação para com a Secretaria. Geralmente as reivindicações eram feitas a partir da implantação da unidade de saúde. Em todos os bairros onde eram instaladas, a associação de moradores era criada caso não existisse. (Ruver, 1992, p. 80).

A autora, ao analisar essa experiência e a não continuidade dessas organizações comunitárias no período da administração de Ghidi, aponta como justificativa, a partir dos depoimentos dos técnicos e da sociedade civil, o paternalismo da Secretaria de Saúde e Bem Estar Social - SSBES e a fragilidade da sociedade civil em função do autoritarismo no país, principalmente até 1982.

Refere-se à participação dos profissionais do setor como de cunho paternalista, tendo em vista que boa parcela das mobilizações populares era liderada pelos mesmos. Com a demissão da maioria desses profissionais, pós-administração Hülse, enfraqueceram-se as organizações comunitárias.

O paternalismo foi visto de duas formas: como expressão do controle da Secretaria sobre as associações de moradores e como possibilidade de viabilizar um projeto participativo, com base no argumento de que, perante a fragilidade da sociedade civil, a implementação de projetos do gênero, enfrenta este tipo de contradição (...) predominou por parte dos entrevistados (sociedade civil), o entendimento de que as associações de moradores foram criadas quase todas como uma extensão da administração, reproduzindo o mecanismo de representação cooptativa na formação de lideranças, no sentido de que possam ser agentes da sociedade civil influenciados ou controlados por um centro decisório do Estado, a prefeitura. (Ibidem, p. 84).

Apesar dos limites e contradições dessas organizações, a autora considera importante o caráter educativo das atividades realizadas, bem como a vontade política de alguns atores ligados ao movimento popular em saúde, que aparecem como sujeitos na luta pela Reforma Sanitária.

Chama-nos atenção a visão desses atores quanto a essas associações de moradores, colocado por esta autora (Ruver), na medida em que havia um sentimento de que o posto de saúde deveria ser controlado e gerido pela comunidade, sendo que em alguns momentos chegou-se a realizar eleições diretas para a atendente de enfermagem. Esta questão será retomada posteriormente.

Partindo desse breve resgate histórico, podemos perceber que quando o PMDB assume novamente a gestão municipal, em 1993, Eduardo Moreira retoma estratégias anteriores (administração Hülse) de inserção na comunidade. Esse fato leva-nos a inferir que a implantação dos CPS foi uma estratégia da Secretaria no sentido de retornar às atividades de cunho “participativo”, dentro da área específica da saúde, tendo em vista que o Departamento de Promoção Social, e as Associações de Moradores não estavam mais ligadas a essa Secretaria. Isso também tem relação com o novo cenário da política de saúde em nível nacional, na qual emerge a proposta dos Conselhos de Saúde.

Os CPS são formados como proposta da Secretaria e não da população, ou até mesmo do Conselho Municipal de Saúde - CMS, ocorrendo um processo de cima para baixo, de uma Reforma Sanitária “vertical”, que não emerge da base, da população.

A partir de 1994, deu-se início à implantação de vários Conselhos Populares de Saúde. O concurso público, em 1993, possibilitou a ampliação do quadro de Assistentes Sociais².

² Cabe aqui esclarecer que diante da reestruturação da rede básica de saúde na administração de Altair, a área de Serviço Social acabou direcionando suas ações nessa administração para atividades educativas junto à formação de grupos nas unidades de saúde, de acordo com programas estabelecidos pela própria secretaria e no atendimento em nível assistencial, deixando de atuar de forma mais efetiva na organização e mobilização comunitária (Associação de Moradores...), que passa a ser executado pelo Departamento de Habitação.

A partir da implantação do Programa de Saúde da Família – PSF, em 1994, esta proposta acabou sendo viabilizada pelos profissionais de Serviço Social e pelos demais profissionais ligados ao PSF.

Cabe ressaltar que inicialmente os técnicos responsáveis pela formação e assessoria aos CPS eram os Assistentes Sociais, que além desse trabalho também exerciam outras atividades na Secretaria. Com a implantação do PSF e a não inclusão do Assistente Social na equipe, nas unidades onde tinha PSF, esse profissional não atuava. No entanto, esses profissionais continuaram ligados de uma forma muito direta aos CPS, contribuindo em alguns momentos para a viabilização de discussões ampliadas com conselheiros e técnicos sobre esses Conselhos, seja através de seminários, como veremos posteriormente, seja através de reuniões, entre outras encontradas.

Havia um Assistente Social em cada regional de saúde (Regional da Próspera, Santa Luzia, Rio Maina, Boa Vista e Centro), sendo que a Regional de Santa Luzia, após a implantação do PSF em quase todas as suas unidades, passou a não mais utilizar dos trabalhos desse profissional.

Nessas regionais, os Assistentes Sociais realizavam assessoria técnica com todos os CPS, através de reuniões mensais, noturnas, oportunizando discussões acerca da participação popular e formas de viabilizá-las, na política de saúde no Município.

Segundo o Plano Anual de Serviço Social (1995), o processo de trabalho do Serviço Social na Secretaria fundamenta-se no projeto ético-político da profissão, pautado na defesa dos direitos humanos, de uma sociedade democrática, baseada na justiça social e no acesso de todos aos direitos sociais.

Baseado na relação dever/direito à saúde, defendida na Constituição Federal de 1988, é que os profissionais Assistentes Sociais e outros profissionais da área, buscavam contribuir para o desenvolvimento da consciência sanitária da população, reforçando a luta pela consolidação do projeto constitucional.

Os Assistentes Sociais da Secretaria apresentavam sua proposta manifestada pelo plano. A proposta desses técnicos apresentava uma lógica voltada para a conquista da cidadania, para a garantia dos direitos previstos constitucionalmente, independentemente se o projeto da Prefeitura teria outras intenções (mesmo que não evidenciadas). A influência exercida pela Prefeitura prende-se ao entendimento de que o aparelho de Estado “coopta” as lideranças para seu projeto de legitimação e a dominação política por ele exercida decorre de ações paternalistas. Os técnicos, Assistentes Sociais e outros profissionais referidos podem ter contribuído para efetivar tal projeto, mesmo sem terem clareza do mesmo.

Nessa perspectiva, a proposta de criação de CPS foi sendo levada para os bairros, sendo realizados 4 (quatro) eventos de abrangência municipal – Conferência Municipal de Saúde e Seminários dos CPS, numa tentativa de “oportunar a discussão do Sistema de Saúde e o direcionamento de propostas para o aperfeiçoamento do mesmo.” (Relatório de Serviço Social da SMS, 1996)

O I Seminário dos Conselhos Populares de Saúde foi realizado em outubro de 1994, apresentando como temática central “participação é conquista: população e governo decidindo juntos - CPS”, com enfoque nos seguintes pontos de discussão: Resgate histórico do processo da descentralização e municipalização do SUS em Criciúma (Conferencista: Marco Da Ros), Controle Social, participação popular direito e cidadania (Conferencista: Josimari Telino de Lacerda), Projetos populares na área de saúde (Experiência de Porto Alegre e Fórum Estadual de Saúde/SC). Nos trabalhos em grupo, foi avaliada de forma positiva a experiência dos CPS, por proporcionar soluções de algumas reivindicações da comunidade, informação sobre os direitos e deveres. As propostas apresentadas foram em torno das seguintes questões: as reivindicações das comunidades devem ser canalizadas através do CPS; maior atenção da Administração Municipal quanto às reivindicações realizadas pelo Conselho Popular de Saúde; aproximação CPS e CMS (representação dos CPS no CMS, repasse de informações sobre as decisões do CMS, fornecendo cópias das atas das reuniões aos CPS); reconhecimento legal do CPS através de estatuto norteando suas funções e ações, possibilitando a continuidade deste trabalho diante das possíveis trocas de administração municipal; esclarecer o papel dos CPS; divulgação dos CPS; definir calendário específico da visita do Secretário Municipal de Saúde aos CPS, como de outros técnicos da Secretaria; garantir a divulgação mensal dos recursos do Fundo Municipal de Saúde (FMS) para CPS e CMS; as demais propostas e solicitações giraram em torno do atendimento nas unidades de saúde (contratação de médico, dentistas, garantia de medicamento, etc). (Relatório do I Seminário dos CPS, 1994). O seminário oportunizou discussões importantes, porém manteve o caráter “consultivo” do CPS.

O II Seminário do CPS foi realizado em novembro de 1995, apresentando a mesma temática central do seminário anterior e contou com a participação de 158 pessoas inscritas. O enfoque das discussões foi em torno das seguintes questões: Perspectivas do SUS (Conferencistas: Jacson Corrêa e Flávio Magajewski), questões sanitárias de Criciúma (conferencista: Cezar Paulo de Luca). No trabalho em grupo, as reflexões se deram a partir dos seguintes aspectos: situação ambiental do município e alternativas para conquista de uma cidade mais saudável, avaliação do SUS no município (necessidades, dificuldades e perspectivas), Estatuto do CPS, prioridades para utilização dos recursos da SMS.

A partir dessas reflexões, os grupos apontaram as seguintes propostas principais: melhorar a coleta de lixo, solução dos esgotos a céu aberto, educação ambiental, despoluição dos rios, maior resolutividade dos problemas ambientais (pelos técnicos da Secretaria Municipal de Meio Ambiente que deveriam ter mais comprometimento com a comunidade), integração entre movimentos organizados da comunidade para solução dos problemas por região, qualificação profissional quanto à humanização no atendimento, estatuto próprio para cada CPS (a partir de modelo padrão), representação do CPS no CMS. As demais propostas e solicitações giraram em torno do atendimento nas unidades de saúde (contratação de médicos, dentistas garantia de medicamento, construção de hospital municipal, compra de aparelho de ultrassom, etc). (Relatório do II Seminário dos CPS, 1995). A discussão centrou-se na burocratização dos conselhos, em detrimento de uma reflexão sobre aspectos relacionados à participação popular, do controle social destes Conselhos, para garantir a efetivação dos direitos sociais, salvo algumas reflexões que dão conotação aos aspectos gerais da participação e da saúde.

Em 1996 não ocorreu seminário dos CPS, em função da realização da I Conferência Municipal de Saúde que, de alguma forma, deu continuidade às reflexões dos seminários realizados no Município. A temática de discussão foi a mesma da X Conferência Nacional de Saúde, realizada no mesmo ano: SUS - Construindo um modelo de atenção para a qualidade de vida.

Partindo dessa temática central, foram divididos, na ocasião 5 (cinco) subtemas que subsidiaram os trabalhos dos grupos: a) Vigilância à Saúde como política de atenção à saúde nos níveis primário e secundário; b) vigilância à Saúde como política de saúde no nível terciário; c) vigilância à Saúde como política de recursos humanos; d) financiamento do SUS; e) vigilância à Saúde: Controle Social.

Das deliberações relacionadas ao último subtema, destacamos as que se relacionam diretamente aos CPS: Democratização e difusão das informações da SMS e do CMS; descentralização das reuniões do CMS eventualmente para as regionais; representação dos CPS no CMS; regulamentação dos CPS através de estatuto; CPS realizar papel fiscalizador e intermediário da população, trazendo denúncias e propostas até o CMS; formação para CPS e CMS, para discutir suas funções e diretrizes, bem como o SUS; estimular uma maior mobilização e participação dos CPS. (Relatório I Conferência Municipal de Saúde, 1996)

O III Seminário dos Conselhos Populares de Saúde foi realizado em novembro de 1997, contou com 211 pessoas inscritas, apresentando como temática central "Saúde Pública e Participação Popular". Esse Seminário apresentou uma característica diferenciada dos demais,

diante da participação do CMS e dos CPS na organização do seminário de uma forma mais direta, e também diante da eleição realizada para os representantes dos CPS para o CMS. Podemos caracterizar esse momento como uma tentativa de retomada dos CPS e ao mesmo tempo de ruptura, ficando evidente a correlação de forças e as estratégias do executivo para dominar e legitimar-se.

A organização desse seminário passou por várias etapas, partindo num primeiro momento de uma reunião organizada pelos Assistentes Sociais da SMS, com representantes do CMS e de todos os CPS, sendo discutido a realização do seminário e a conquista de 2 (duas) vagas (titulares) de representante dos CPS no CMS, (por deliberação da I conferência Municipal de Saúde realizada em 1996). Nesse período, o município contava com 31 CPS, conforme documentos da Secretaria.

Na primeira reunião, ao discutir a temática do III seminário, logo veio à tona a necessidade de abordar o papel dos Conselhos Populares de Saúde: “que deveria passar do reivindicatório para o propositivo, ou seja, a maioria dos CPS, pede muito, mas na hora de propor algo ou fazer propostas de mudança não o faz. Como também, estava na hora dos CPS terem mais autonomia, ... desligarem-se da prefeitura...ela não passa autonomia nem poder de decisão.” (Ata de reunião com os coordenadores dos CPS, Criciúma, 1997).

A discussão sobre o papel dos CPS permeia a prática dos Conselhos em vários momentos, questão a ser aprofundada posteriormente.

Assim, partindo dessas discussões preliminares, formou-se uma comissão com representantes dos CPS, CMS e Assistentes Sociais da SMS, que ficaram responsáveis pela organização do seminário e pelo processo de eleição dos representantes dos CPS para o CMS.

O III seminário dos Conselhos Populares de Saúde tratou do seguinte tema: Saúde Pública, controle social, organização popular e conquista da cidadania (conferencista: Geni Pereira Lopes – Movimento Popular Chapecó/SC) e num segundo momento ocorreu uma apresentação dos trabalhos desenvolvidos pelo CMS.

As reflexões dos grupos foram em torno das seguintes questões: necessidade de formação para conselheiros (conscientização sobre os direitos e deveres); intercâmbio entre os CPS e o CMS; atrelamento dos CPS ao poder público; falta de participação da comunidade; falta de articulação do CPS com profissionais de saúde; avaliação da importância do CPS, a necessidade de serem mais respeitados, no sentido de que a Secretaria atenda seus pedidos; o

CPS deve ter comprometimento comunitário e não partidário;

Quanto ao processo eleitoral, para a representação dos CPS no CMS, a comissão organizadora elaborou um regimento, no qual definia que somente poderiam votar, candidatar-se ou compor chapas membros dos CPS legalizados; as chapas tinham de contemplar as 4 (quatro) regionais definidas em documento, dentre outras questões.

No que se refere à legalização do CPS, muitos Conselhos não eram legalizados, o que levou de certa forma à obrigatoriedade dessa legalização, que se deu de forma mais “imposta” do que partindo da real necessidade sentida pelos mesmos.

O fato do direito ao voto ou de ser votado estar relacionado ao registro do Conselho acabou sendo um atrelamento burocrático que excluiu alguns Conselhos desse processo, sendo até mesmo considerado como um dos fatores do enfraquecimento de alguns deles, conforme o depoimento que segue³:

“Aquilo ali é a politicagem que eles estão no meio, porque tem elemento que está ali dentro da prefeitura, que eles querem participar desse seminário e querem concorrer a eleição que tinha ali também. Porque aí só poderia votar os Conselhos que estavam registrados. Aí daquilo ali eu fui desanimando...aí o Conselho desacorçoou.” (Conselheiro 2).

Diante da formação de duas chapas, uma ligada ao PMDB e outra de partido de oposição, principalmente o PT, as correlações de forças se manifestaram antes mesmo do seminário, levando uma “corrida” à legalização de Conselhos, sendo que alguns conselheiros chegavam a denunciar que a SMS havia bancado os custos dessa legalização para alguns Conselhos que estavam ligados ao partido da atual administração.

Na hora de realizar a votação, a chapa de oposição apresentou à mesa de coordenação uma solicitação de participação da referida chapa, apesar da ausência de um dos membros. Colocado em votação, a maioria dos delegados não aprovaram a participação dessa chapa, o que levou a votação por aclamação da outra chapa. Esse momento foi marcado por muita discussão, conflitos, manifestações de protestos, e muitas pessoas numa atitude de desagrado retiraram-se do local do evento.

3 Fato que estava previsto no regimento e o poder técnico contra-hegemônico não se flagrou.

Esse momento, com certeza, marcou significativamente o processo de institucionalização dos CPS. Utilizando a expressão de Da Ros (1991), temos a impressão de que houve uma “queda do pano”, que apesar da boa vontade de alguns técnicos, o modelo que ainda predominava como proposta da secretaria/administração municipal não se voltava para a participação popular, mas ainda concentra-se e trará consigo (apesar de ser um outro momento) os resquícios da administração “popular” de Hülse, de uma certa prefeiturização dos movimentos populares, de cooptação de lideranças e de um certo paternalismo dos profissionais do setor, o que nos leva a perceber que, em alguns momentos, essas questões agravaram-se ainda mais em determinadas situações dos CPS do local do evento.

A cooptação é manifestada na medida em que alguns Conselhos, que apresentavam alguma ligação político-partidária com a administração municipal oficiosamente parecem ter sido beneficiados através do pagamento de seus registros, para que a chapa ligada à prefeitura tivesse a maioria. Outro fato foi que, após a realização do seminário, alguns conselheiros foram contratados pela Secretaria (como cargos de confiança), dentre eles, um que fazia parte da chapa de oposição (ligado a partido de esquerda), que demonstrava uma certa postura crítica.

Os profissionais de Serviço Social, apesar de fundamentados numa proposta voltada para a contribuição no processo de formação de uma consciência sanitária, em alguns momentos, acabavam utilizando o trabalho junto ao CPS como forma de conquista de espaço e valorização profissional, assumindo para si, em algumas situações, questões que eram para ser trabalhadas pelos Conselhos, o que veio contribuir com o processo de prefeiturização dos mesmos.

Diante de todo esse contexto, somado à saída desses profissionais⁴ do trabalho junto aos CPS (que se deu a partir do início do ano de 1998), o não envolvimento efetivo dos outros profissionais da área e da própria equipe do PSF (o que vem demonstrar o exercício do poder técnico e uma certa dependência dos CPS em relação aos mesmos), dentre outras questões que serão melhor analisadas no capítulo seguinte, ocorre um esvaziamento da prática dos CPS.

3.2 Papel do Conselho Popular de Saúde: entendimento dos conselheiros

A Constituição de 1988, em seu artigo 198 assim se refere à questão da participação:

4 A saída dos profissionais de Serviço Social do trabalho junto aos CPS, deu-se diante da redução do quadro destes profissionais e diante do deslocamento dos profissionais que permaneceram para trabalho com programas específicos, tendo sido esta uma proposta dos próprios técnicos, em decorrência da desmotivação do trabalho junto aos CPS. Essa desmotivação poderá ter sido consequência do desgaste perante os constantes conflitos com a SMS, como também em decorrência do enfraquecimento da equipe com a diminuição do quadro, dentre outros aspectos, que aqui não nos cabe aprofundar, mas que seria interessante um estudo específico.

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

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.” (Constituição Federal, 1988, art. 198).

A descentralização, entendida como forma de aproximar o poder público (governo) das reivindicações da sociedade (conforme preceitos constitucionais), passa a permear a política de saúde. Os Conselhos são um dos principais instrumentos desse processo, principalmente no âmbito municipal.

A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 estabelece a forma legal de participação da comunidade na gestão do SUS, através do Conselho de Saúde e da Conferência de Saúde, com as seguintes características:

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 formação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

2º – O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é o órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde da instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.⁵

Desta forma, o Conselho deve ser um espaço de deliberações das políticas públicas em direção à descentralização e cidadania. Os Conselhos, conforme a lei, são instrumentos fortes no controle social das ações do poder público e na socialização da participação política. A idéia de Conselhos de Saúde, conforme Ramos (1996), pressupõe o ressurgimento do público como a melhor via para a distribuição equitativa de ações de saúde, ainda que articulando-se com o privado. Propõe uma conexão entre formas tradicionais de lutas e reivindicações com processos mais

5 Outras formas de controle são as Comissões de Saúde existentes nas diferentes esferas do poder legislativo e judiciário, como também os tribunais de contas em seus diferentes níveis. (Ramos, 1996)

recentes de reorganização da ordem democrática, que incorpora processos de mobilização inéditos, com novos atores, com diferentes formas de condução e atuação.

No entanto, não basta o avanço virtual, nem tão pouco a denominada doença do participacionismo, colocada por Sposati e Lobo (1992), em que o povo vira apenas presença que preenche espaço, mas é congelado em sua capacidade de autoria histórica.

Partindo dessas reflexões e dos aspectos legais dos Conselhos de saúde, podemos adentrar na idéia de CPS. O Conselho Municipal de Saúde permite a criação de Conselho Local de Saúde – CLS. Este, em Criciúma, chama-se Conselho Popular de Saúde – CPS, sendo criados a partir de 1994, com estatuto aprovado em alguns Conselhos a partir de 1997. Nesta exposição sobre qual o entendimento que os conselheiros e técnicos têm do papel do mesmo, torna-se mister primeiramente mencionar as competências previstas no seu Estatuto, como forma de poder melhor analisar os dados empíricos e fazer a relação com a conjuntura atual.

O Estatuto dos CPS, em seu art. 2, prevê as seguintes competências dos CPS:

- 1) Representar a comunidade judicialmente na defesa dos seus direitos referentes à saúde previstas na Constituição Federal, Lei Orgânica do Município de Criciúma, Constituição Estadual e leis que as complementam.
- 2) Impetrar mandato de segurança coletivo e individual, propor qualquer medida judicial e criminal contra pessoa jurídica de direito público e privado e pessoa física, que atentarem contra as garantias individuais de direito à saúde dos usuários do SUS.
- 3) Denunciar aos órgãos de defesa dos direitos das pessoas atos de imprudência, negligência e imperícia praticados contra a pessoa no exercício regular de direito.
- 4) Propor critérios para programação e para execuções financeiras e orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação e o destino dos recursos.
- 5) Participar do planejamento local e outras questões específicas referentes às unidades de saúde.
- 6) Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas, privadas integrantes do SUS no Município de Criciúma.
- 7) Participar na elaboração de diretrizes quanto à localização e o tipo de unidade de saúde pública e privadas no âmbito do SUS.
- 8) Pesquisar as condições de vida e os problemas do bairro.
- 9) Estimular a formação do CPS, nos bairros de Criciúma.
- 10) Participar nas campanhas de vacinação e outras que se fizerem necessárias.
- 11) Participar das reuniões do CMS.
- 12) Elaborar propostas e sugestões para o CMS e conferências e/ou seminários municipais relativos à saúde.

Como objetivo do CPS, o Estatuto prevê a defesa dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde. (Estatuto dos CPS, art. 3).

Como estão colocadas, as competências do CPS deixam claro o seu papel apenas consultivo, na medida em que suas funções restringem-se apenas ao acompanhamento, avaliação e fiscalização dos serviços de saúde, sendo que o Conselho apenas propõe critérios para programação e para execuções financeiras e orçamentária do FMS e sua participação no planejamento local é colocado de forma muito vaga, o que vem impossibilitar a participação popular na tomada de decisões quanto à política de saúde, seja no âmbito local ou municipal, embora seja de sua competência impetrar mandato de segurança coletivo e individual, propor qualquer medida judicial e criminal contra pessoa jurídica de direito público e privado e pessoa física, que atentarem contra as garantias individuais de direito à saúde dos usuários do SUS.

Algumas competências apresentam um caráter maior de participação comunitária⁶, como o de participar de campanhas de vacinação, enquanto outras podem se transformar numa forma de participação popular⁷, como a de acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privadas integrantes do SUS; e outras ainda de caráter ambíguo, como a função de pesquisar as condições de vida da população.

Assim, diante das indefinições e contradições do Estatuto, e a não definição do caráter deliberativo desses Conselhos (apesar de percebermos algumas possibilidades para sua transmutação em participação social), os CPS acabam desempenhando muito mais uma função de colaborador e como órgão cooperativo, consultivo, fiscalizador apenas no que se refere ao cumprimento do horário dos funcionários na unidade de saúde, estando muito mais a serviço do executivo do que da população, do usuário, como percebemos no decorrer deste estudo. Este fato não poderia ser muito diferente, diante do processo político municipal, bem como diante da focalização das lutas dos movimentos populares nesta conjuntura neoliberal, que apresentam como princípio lutas “concretas”, de situações que se dão no cotidiano.

Nas discussões que se travam hoje a respeito dos Conselhos Populares de Saúde (reuniões de representantes de CPS, conferências, conversas informais), no município, logo vem a tona o questionamento sobre o seu papel, tanto para os conselheiros como para os técnicos.

6 Inaugurada como proposta de assentimento e presença voluntária das pessoas em programas e ações de saúde; predisposta à solidariedade, ao sentimento coletivo e ao trabalho voluntário de auto-ajuda. Apresenta caráter irrisório, propensa ao processo de manipulação sem possibilidade de influenciar no processo decisório numa perspectiva de transformação estrutural, conforme conceituado no capítulo I.

7 Apresenta sentido de luta e contestação a um Estado cuja lógica é a de favorecer os já favorecidos. A participação nas decisões é valorizada em detrimento da participação nas ações (embora esta não seja negada), vista como estratégia de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde, conforme definição no capítulo I.

Assim, sobre o papel do CPS, os conselheiros o definem de várias maneiras, enfatizando as seguintes questões:

“O Conselho, ele é uma fiscalização dos trabalhos dos médicos, dos enfermeiros, dos agentes comunitários (...). Não é só a pessoa dizer assim: ‘bom, eu tô trabalhando (...)’ mas não saber atender a comunidade. Chega lá na hora das visitas, não é só chegar, tem que ser com carinho.” (Conselheiro 2)

“A Secretaria passou para nós e o presidente do Conselho Municipal, que o Conselho Popular é o seguinte: é para ficar em cima, se tem bom atendimento, se o médico não está, se tá cumprindo os horários, para passar para a administração, entendeu?... Não compete a nós intervir na administração, entendeu? ... E a prefeitura está dando o apoio para nós que é o essencial, né?”. (Conselheiro 4)

O papel de fiscalizador foi bastante enfatizado nas entrevistas, porém vem caracterizado por uma visão acrítica, sem conseguir reconhecer o papel político da fiscalização, restringindo-se muito mais a uma função voluntarista, a serviço da Secretaria do que da própria população.

No primeiro depoimento, ao mencionar a necessidade do técnico em saber atender a comunidade, colocando a importância do carinho, revela a tendência hoje colocada para a humanização no atendimento. Tendência necessária e importante no contexto atual, no qual as pessoas são tratadas como objeto, como mercadoria. No entanto, a preocupação encontra-se no desvirtuamento do conceito de humanização, pois para a população parece que as medidas sociais deixaram de ser excludentes, passando-se a uma etapa de humanização. “Fala-se da cidade humana, do hospital humano, de instituições humanas, de atendimento humano. Para isso, impõe um discurso humanizante para falar de uma realidade desumanizadora”. (Faleiros, 1995 p. 58)

Essa questão fica evidenciada com a mudança recente do eixo de discussão da XI Conferência Nacional de Saúde, que a princípio apresentava como temática “Efetivando o SUS com Controle Social”, e diante da proposta do representante do Ministério da Saúde no Conselho Nacional de Saúde, Cláudio Duarte, em reunião no dia 05 e 06 de Abril/2000, que propõe a mudança do tema mudando o eixo central de discussão, ficando assim definido: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.” O Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, ao se posicionar contrário a essa mudança, assim justifica em um dos trechos do documento encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde:

(...)somos contrários à mudança do eixo controle para humanização, porque

para os trabalhadores comprometidos com a viabilização dos serviços públicos (na ótica dos direitos sociais e da cidadania), a humanização dos serviços depende de medidas concretas que não são viabilizadas pela relação usuário/técnico, mas pela efetivação do SUS como modelo de atendimento em saúde para toda a população, garantia dos princípios da universalidade, equidade, integralidade, intersetorialidade, além dos princípios gerenciais da descentralização, regionalização, hierarquização; gestão única de cada esfera de governo; aprovação e disponibilização de orçamento; vontade política e compromisso por parte do governo; definição do social como prioridade do governo; responsabilização do Estado pela situação de miséria da população, pelas políticas sociais. (Boletim do CFESS ,maio/2000 – número 18).

Um outro aspecto importante, mencionado nos depoimentos anteriores, refere-se a não interferência do CPS na administração do posto de saúde, o que pode vir a ser considerado como não autonomia do Conselho junto às discussões ou deliberações referentes à política de saúde no bairro.

Pode-se identificar também o caráter reivindicativo-colaborador do Conselho junto ao poder executivo, em que o Conselho torna-se o intermediador entre comunidade-equipe-Secretaria, como podemos observar com os seguintes depoimentos:

“É um intercâmbio entre a comunidade e o poder público(...) comunidade e Secretaria de Saúde(...)o Conselho era o porta voz do povo com o posto e depois com o poder público”. (Conselheiro5)

“Ponte direta entre médico, atendente e comunidade”. (Conselheiro 6)

“Levar problemas que existem na comunidade até o secretário. Levamos também, não só problemas, levamos aqui as soluções”. (Conselheiro 7).

“O Conselho é um apoio para a equipe e acredito, também, muito forte entre a comunidade e a Secretaria...além de ser fiscalizador, ele presta ajuda para a Secretaria, para a equipe, para a comunidade (...) o papel junto com a equipe é resolver o problema de saúde da Vila Manaus (...).o Conselho da saúde não é uma questão só da doença, não. Ele é de saúde, promove palestras, faz avaliação do trabalho, vê com a equipe se não tem algum problema, alguma sugestão, alguma aspiração, traz algum problema, ou opinião de como se trabalhar, de como se fazer as coisas melhores, de conseguir, às vezes, um funcionário a mais (...).”(Profissional de Saúde 1)

Esses depoimentos revelam que o caráter reivindicatório do Conselho vem caracterizado por um espírito de “ajuda”, de “colaboração”, tanto para a Secretaria quanto para a equipe de saúde, determinando-o como um órgão cooperativo e por vezes consultivo, com características de participação comunitária. Por outro lado, revela também o entendimento do papel do CPS na direção de ações propositivas, como também de educador.

A equipe, por sua vez, em vários momentos, utiliza-se do Conselho para fazer suas reivindicações junto à Secretaria conforme o seguinte depoimento:

“A gente está com ele (administrador da unidade), ali perguntando se está tudo bem, se precisa de ajuda nossa para pedir alguma coisa para o secretário, entendeu?” (Conselheiro 4).

Um outro Conselho consegue, de certa forma, perceber o seu papel de intervenção na Sociedade, voltado para a participação popular e controle social:

“Defender o interesse da comunidade, da população, né? Brigar junto à administração pelos nossos direitos, por aquilo que a gente acredita e por todas as coisas que estão aí, né? Moradia, emprego, escola, porque isso que faz parte da saúde, né? Quando tu não tem moradia, emprego, quando tu não tem escola, tu não tem saúde, ? (...) Esse é o papel do CPS (...) de fazer vigilância muito grande em cima da verba, do dinheiro que vem para a saúde do município. Essa seria a função, que na verdade, não está se fazendo muita coisa né? E essas são as funções previstas no Estatuto (...). Estamos precisando (...) trazer profissionais que nos digam qual é a função exata do CPS, de dizer onde ele entra, onde não.” (Conselheiro 1)

Essa fala revela uma concepção do papel do Conselho voltado para a garantia dos direitos sociais, com um conceito ampliado de saúde, numa visão mais ampla do papel do Conselho, porém deixa claro o não cumprimento dessas funções. Há uma contradição, ao final da fala, na medida em que espera que algum técnico possa dizer qual o papel “real” do Conselho. Fica evidente o poder técnico, pois o conselheiro, mesmo sabendo o papel a ser realizado pelo Conselho, ainda delega ao técnico, e só a ele (como aquele que detém o conhecimento), a função de determinar o papel do Conselho.

Ao esperar que “alguém” (técnico ou o poder executivo) defina qual o papel do Conselho, demonstra o poder que esses exercem sobre a população, acaba reforçando o processo

de Reforma Sanitária vertical (conforme discussão na página 24), em que a socialização e entendimento desse projeto no nível da sociedade fica visível, reforçando as reflexões de Cohn (1996) sobre a Reforma Sanitária brasileira, que tendo ocorrido no interior do processo de transição democrática conservadora, teve como foco o Estado e a conquista da presença de seus preceitos no aparato institucional. “Diversamente da experiência italiana, foi um movimento de cima para baixo, que teve como suporte intelectual a construção de um saber militante, calcado em grandes marcos teóricos, privilegiando as instituições e a organização do aparato institucional da saúde em detrimento do movimento real da sociedade.” (Cohn, 1996 p. 318).

Os conselheiros não se percebem como atores de fato desse processo, como podemos perceber através da seguinte frase de um conselheiro:

“É como disse: ninguém diz para nós qual o nosso papel”. (Conselheiro 3).

Diante da dificuldade de expressar objetivamente o papel do CPS, pois ele ainda está sendo construído, definido, reconhecido, alguns conselheiros não conseguem perceber esse processo de construção dos CPS, bem como a amplitude de sua função social e política, atribuindo à Secretaria, aos técnicos, este “poder” de definição de papéis, excluindo-se como atores de fato desse processo.

Ainda quanto ao papel do CPS e suas competências previstas no Estatuto, assim uma conselheira relata:

“Eles deram muita autonomia para o Conselho no papel. O Conselho tem muita força. Se o Conselho souber a força que ele tem, ele consegue as coisas. Só que (...) o que estava ali no registro, no estatuto, que tu podias fazer, que tu podes fazer, né? Só que quando chega ali no finalmente a gente não consegue (...). Não davam resposta, aí não se concretizava.” (Conselheiro 8).

Aqui nos cabe refletir o quanto a participação acaba sendo entendida como dádiva, e como tal, esvazia-se, perde o sentido de garantia do direito, de participação popular, assumindo uma condição de submissão, de descrédito, de impotência, apesar da percepção de que a realidade deveria ser diferente e de não dispor de nenhum mecanismo que assegure cobrança.

Cabe ressaltar ainda sobre o papel do Conselho, que os conselheiros reafirmam o

caráter consultivo e não deliberativo, como podemos constatar:

“O CPS não pode deliberar nada. No popular não (...) isso é só no municipal”.
(Conselheiro 7).

As opiniões anteriores expostas sobre o papel do Conselho ficam evidentes no seu cotidiano, por meio de sua dinâmica, como veremos a seguir.

3.3 Dinâmica dos Conselhos Populares de Saúde

3.3.1 Da composição e do processo de eleição no CPS

Conforme estatuto, o CPS deve ter a seguinte composição:

- I. Representantes dos grupos organizados existentes no bairro: Associação de Moradores, Pastoral da Saúde e da Criança, APP, Grupo de Jovens, Clube de Mães e outros grupos da comunidades.
- II. Usuários do serviço.
- III. Representação dos trabalhadores de saúde. (Estatuto dos CPS, art. 3)

Nas entrevistas, a maioria dos Conselhos deixam claro conhecer essa forma de composição, mas diante da maneira como são realizadas as eleições nos Conselhos, a participação fica livre para os interessados. A maioria desses Conselhos foram formados por iniciativa da prefeitura, através das Assistentes Sociais e posteriormente também por outros profissionais, que convidavam lideranças da comunidade e demais moradores para uma reunião e nesta era apresentada a proposta de formação de CPS. Os interessados em participar prontificavam-se a fazer parte do Conselho.

“O processo foi no tempo da G. (Assistente Social). Ela veio e formou. Foram convidadas várias pessoas, um grupo grande, depois acabou ficando muito menor, porque é sempre assim, né? Ficamos eu, acho em nove ou dez.”(Conselheiro 8).

“A gente se reúne (...) A gente se reúne, chama as entidades né? Para participar. Tira representante da APP, de todas as entidades, grupo de jovens, grupo de mães, e... grupo de idosos, da própria escola, da própria creche e também representante

da própria equipe de saúde do que trabalha na unidade, e aí a gente discute. Se tiver mais gente pra colocar a gente coloca, se não tem, aí dentro das próprias entidades... ou... ou grupo de pessoas que estiver lá... assim... que a gente...faz. (Conselheiro 1)

Dos conselheiros entrevistados, dois deles revelam que a formação do CPS foi uma iniciativa da comunidade que, percebendo que outras comunidades estavam formando os seus Conselhos, resolveram também formar o seu.

“Vila Manaus, na verdade, a gente nunca esperou muito. E quando a gente soube, o que é que a gente fez? A gente se reuniu... a Cristina tem... tinha uma visão muito grande de saúde pública, de Conselhos (...) porque ela participa muito. E aí nós nos reunimos lá. Ela discutiu tudo isso conosco (...) a gente acabou criando o nosso próprio Conselho dentro daquilo que a gente conhecia, dentro daquilo que acreditávamos. Depois a gente trouxe uma Assistente Social para gente ver o estatuto que, na verdade, eles estavam criando (...) E aí aquilo que a gente concordava do estatuto permanecia, aquilo que a gente não concordava a gente mudava. Porque eu acho que o estatuto tem que ser criado de acordo com a tua realidade, da tua comunidade, né? Em 97 foi registrado e foi assim que foi formado.” (Conselheiro 1)

“É porque nós vimos os outros bairros, todos eles tinham um Conselho e no nosso não tinha. Já não tinha por brigas, porque todo mundo fazia (...). Aí quem puxou a idéia de fazer o Conselho foi eu. Só que eu não queria ser o coordenador.” (Conselheiro 3).

Continuando a fala desse último conselheiro, este apresenta uma forma diferenciada do processo de eleição do CPS:

“Nós pegamos assim: eu peguei... lá da igreja eu peguei todos, peguei daquele partido todo, peguei lá do clube do futebol, mas todos, peguei... de todo o segmento, peguei minha representante dos idosos..., peguei lá do corpo clínico do posto. Convidei todos.... Aí eles tentaram cassar o Conselho (...) Tentaram cassar, porque não podia. (...) Aí aquele tempo, o Zé Paulo era o presidente do Conselho. Aí eu disse: “Zé Paulo: eu não volto atrás. Eu fui lá, foi registrado, foi isso, foi isso, essa turma vai cumprir o mandato deles e eu não volto atrás”. Aí brigaram, brigaram.... Aí, ficou aquele Conselho 2 (dois) anos e meio brigando. Porque aí na Prefeitura tinha uns quatro, cinco que trabalhavam lá, que não aceitavam. Aí brigaram, brigaram, brigaram” (Conselheiro 03)

Ao referir-se à segunda eleição do Conselho, assim relata:

“Teve duas chapas e votaram 820 (oitocentos e vinte) pessoas, numa sexta-feira... chuva... chuva. (...) Fazem parte da chapa um total de 20 pessoas. (...) de todos os partidos tem, só de menos do PMDB. PT, PDT, PFL, PPB, PTB, tem de tudo, menos o PMDB. Aí o E. P ligou para mim um dia de tarde... Ele disse tanta bobagem, ele disse tanta bobagem, eu queria ter naquela hora um gravador para gravar o que ele disse (...) Vermelho, se eu precisar gastar ... 30, 40 mil para pagar aquela gente lá eu vou ganhar ...na eleição... aí... nossa... demos tanto azar... tanto azar... chuva, chuva. Nós sem nem um carro pra transportar gente. A prefeitura botou 21 (vinte e um) carros. Eles alugaram carro porque... a prefeitura bancou... 21 (vinte e um) carros.” (Conselheiro 3).

A formação desse Conselho, sendo uma iniciativa da comunidade, apresenta algumas características diferenciadas, pois a própria formação do Conselho é considerada uma conquista, conforme relato do conselheiros:

“Criação do Conselho foi uma conquista (...) o secretário de saúde naquele ponto errou, porque era para eles terem feito um Conselho (...) Aí depois começaram as brigas, porque aí nós fizemos um.” (Conselheiro 3)

Se procedentes as colocações do conselheiro acima, a Prefeitura estimula a formação de Conselho, porém quer manter o controle político-partidário sobre o mesmo. O PMDB, que outrora na Administração de José Hülse, apresentou forte presença nos bairros por meio das Associações de Moradores, participando do processo de fundação da União das Associações de Bairro de Criciúma - UABC, tornando-se partido hegemônico nessas associações, fato este hoje ainda visível, acaba efetuando, de certa forma, este mesmo controle nos CPS. Para tanto, conforme entrevista, acaba utilizando vários mecanismos para exercer esse controle, até mesmo dinheiro público. Este fato mencionado nas duas falas anteriores é observado em outras circunstâncias, como o da eleição de representantes dos CPS no CMS (já citado), como também, por meio de contratação de conselheiros pertencentes a partidos de oposição à Prefeitura Municipal de Criciúma - PMC, como ocorreu após o III Seminário. Um dos membros de uma chapa, que pertencia a um partido opositor ao governo municipal e que mantinha uma participação bastante expressiva, foi contratado para trabalhar na prefeitura, ou ainda, os conselheiros eram cooptados através de benefícios familiares por parte do executivo.

Esse fato foi mencionado por um dos técnicos entrevistados, sendo que este colocou que os conselheiros que começam a “abrir a boca um pouquinho mais” acabam recebendo algum benefício da PMC e acabam se “vendendo” por interesse individual. (Ao colocar essa situação o entrevistado solicitou que fosse desligado o gravador).

Os conselheiros, por sua vez, expressam que é importante ter pessoas ligadas ao partido do governo no Conselho, especialmente o coordenador, para ter maior acesso à prefeitura e conseguir as reivindicações do bairro, porque, caso contrário, torna-se difícil. Dos 09 (nove) conselheiros entrevistados, 05 (cinco) deles têm vínculo partidário com o PMDB, 01 (um) do PDT, 01 (um) do PT e dois deles não temos conhecimento. Destes, 04 (quatro) são funcionários da Prefeitura Municipal, sendo que um deles ligado ao PDT.

“Hoje, na verdade, a maioria dos Conselhos, eles estão muito ligados à administração. São funcionários, são secretários que têm algum vínculo político com a administração e tu sabes que quando há interesse, acaba não funcionando muita coisa”. (Conselheiro 1).

Outro conselheiro reflete o atrelamento das associações de moradores e dos CPS da seguinte forma:

“A associação de moradores estão muito atrelada à prefeitura. E aí tu analisa assim: nós vamos conversar: tu é minha patroa e eu estou do lado de cá e eu vou lá reclamar (...). O que é que tu vais dizer pra mim? ‘Quietinho é que o Santo dança.’ Daí eu vou defender meu pão. Tu podes olhar assim: todos os Conselhos não estão atrelados (...) depende (...) Mas as associações, em Criciúma deve ter umas cem associações de moradores... noventa são atreladas à prefeitura. Todos eles têm cargo na prefeitura trabalhando. (...)E aí um daqueles lá briga qualquer coisa: ‘Fulano quietinho que tu vais pra rua’, passa uma semana ela está na rua. O meu Conselho teve problema que eles iam botar a D. pra rua, porque ela estava na minha chapa, que ela é uma enfermeira do posto. E aí não fui eu que convidei ela, que eu nem conhecia a guria... não conhecia. A igreja e a comunidade é que pediram para botar ela.” (Conselheiro3).

Essas falas revelam a provável prefeiturização dessas entidades, a suspeita de cooptação dos conselheiros através do empreguismo e o Conselho acaba sendo usado para benefício próprio, e pelo Estado, por outro lado, para se legitimar. No entanto, essa última fala, ao comparar os CPS com as associações de moradores, enfatiza contraditoriamente a resistência de alguns Conselhos, quanto a esse atrelamento com a Prefeitura, apesar de a administração usar de vários mecanismos

para manter controle sobre esses Conselhos, como a ameaça de demissão de funcionários ligados à chapas ou diretorias de oposição.

Um outro aspecto importante é a permanência dos conselheiros em seus cargos, não oportunizando a participação de novos conselheiros, pois observa-se em sua maioria, que os coordenadores dos CPS ficam “eternamente” em seus cargos, sentindo-se, muitas vezes, “donos” dos Conselhos, podendo revelar que, de certa forma, são beneficiados por serem conselheiros, além de um certo tipo de “poder” que o Conselho transmite.

Dos coordenadores de Conselho em funcionamento entrevistados, 02 (dois) deles são coordenadores desde a formação do Conselho (1994 e 1995, quando foram reeleitos), e 02 (dois) são coordenadores eleitos há menos de dois anos.

Um deles, ao falar da sua mudança como coordenador do Conselho, faz o seguinte comentário:

“Ano que vem vai ter outra eleição. Então eu disse (...) “Óh! esse ano eu vou ser o último (...) Então os conselheiros dizem: Não, nós queremos que você fique (...) porque tu já está a par de tudo, por dentro, lá na prefeitura, tem acesso (...) tem mais assim... como é que se diz... intimidade com as pessoas da saúde para chega e falar. (...) Bota uma pessoa que não tem esse acesso, já complica. Não sabe como entrar na saúde” (Conselheiro 4).

Os CPS expressam a necessidade/ou o querer ter “poder”, seja este técnico (lidar com a informação), político (mobilização/influência para reivindicar suas necessidades) e/ou administrativo (possibilidade de decidir quanto aos recursos). O querer ter poder técnico é expresso na fala acima, na medida em que coloca a necessidade de pessoas na coordenação do Conselho, que já tenha trânsito, intimidade com pessoas e com aspectos relacionados à área da saúde; o que também podemos identificar através do depoimento de um conselheiro, ao ser questionando sobre:

“Às vezes a gente não sabe pra que é determinado tipo de remédio e as pessoas vêm falar com a gente (...) primeiro eles tinham que fazer uma formação pra gente. (Conselheiro 6).

Com o argumento de pessoas da comunidade em relação à preferirem e permanência da atual coordenação do Conselho, mesmo sem fazer assembléia com a comunidade, esse conselheiro

busca demonstrar a importância de sua permanência, ou de colocar um sucessor de sua confiança, conforme relata:

“Eu estou pensando em deixar a Dona Maria, que agora está trabalhando na Secretaria de saúde, para ficar ela de presidente.” (Conselheiro 4).

Esta forma de articulação, de definição prévia do coordenador, também é percebido em um outro Conselho:

“Eu estou fazendo bem assim no bairro: eu pego determinada pessoa que eu vejo que tem capacidade, que quer trabalhar e coloco para trabalhar comigo, tá? Depois quando tá na hora de eu sair, eu nomeio aquela pessoa para ficar no meu lugar. Que aí a gente força eles também a trabalhar (...). A gente não fez eleição porque divide muito (...) eu acho que falha, foge até do que está previsto no estatuto. Mas se tiver eleição, já tem eleição de Associação de Moradores, de APP, de Igreja, e tudo fazer eleição? (...) Procuro pegar sempre aquele que tem problema, problema de saúde, e não aquele que não tem problema, que não necessita, não vai lá em cima (...). No Conselho não é obrigatório ter eleição. É um negócio de coordenação, então passa adiante, de um para outro.” (Conselheiro 6).

Esse comportamento vem questionar a atuação política democrática do Conselho, conforme Gerschman, “a democracia, em sua acepção política, refere-se à modalidade de governo em que, através de eleições, cidadãos livres e iguais escolhem, via sistema partidário, aqueles que serão seus representantes.” (Gerschman, 1995 p. 25-26)

Se formos olhar por este significado *a priori* de democracia, já podemos identificar a concentração de poder em contrapartida da efetivação do processo democrático na sua base mais primordial. Segundo o pensamento da autora, ao ampliar esse conceito de democracia, a viabilidade de sua consolidação (da democracia) dar-se-á quando:

a) comportamentos políticos democráticos tenham sido internalizados com antecedência pelos atores políticos; b) exista consenso entre os atores políticos, a respeito do fato de que a diversidade de interesses presentes na sociedade impõe, de uma parte, substituir a satisfação imediata dos interesses próprios por interesses de caráter coletivo. A condição de possibilidade da afirmação anterior seria dada pelo consentimento tácito dos atores sociais de que a democracia garantiria a satisfação em um momento posterior dos próprios interesses. Estas duas pré-condições não são dadas e, no caso do Brasil, elas são praticamente inexistentes. (Gerschman, 1995 p. 26)

Os Conselhos poderão se constituir em um dos espaços da democratização, de consolidação da democracia, sendo necessário alguns avanços conforme as colocações de Gerschman.

Cabe salientar que a maioria dos estatutos dos CPS prevê, na formação do Conselho, no mínimo 09 (nove) pessoas, escolhidas através de Assembléia Geral para mandato de 02 (dois) anos, sendo admitida reeleição por igual período. Dos Conselhos entrevistados, um deles apresenta uma mudança referente a essa questão. O mandato ficou previsto para 04 (quatro) anos. Nesse conselho o presidente é um dos representantes dos CPS no CMS.

“Então eu estou até hoje, entendeu? Como primeiro coordenador do Conselho Popular de Saúde do bairro ... não teve outra eleição porque o meu mandato foi depois que eu registrei o estatuto, entendeu? Nós passamos, em vez de 2 (dois), para 4 (quatro) anos (..) foi feito uma alteração no estatuto” (Conselheiro7).

Assim, esse conselheiro, além de permanecer na coordenação do CPS no bairro, permanece até hoje (mês/08/2000), representando os CPS no CMS, juntamente com o outro representante, mesmo após término de seus mandatos. Após a eleição realizada no último seminário dos CPS, em 1997, não realizaram outra eleição, sendo este fato assim justificado por um dos representantes entrevistados:

“Os Conselhos Populares acharam que nós devíamos continuar e nós continuamos novamente(...).Não teve outra eleição, entendeu? Só eles acharam que nós devíamos continuar e continuamos novamente, entendeu? ” (Conselheiro 7).

A continuidade desses representantes acaba sendo irregular, visto que não foi realizada nova assembléia com os CPS, sendo a permanência dos mesmos uma atitude muito mais de cunho individual do que coletivo, o que poderá ter por consequência a não representação dos interesses coletivos, dos usuários, mas sim o compromisso com seus próprios interesses.

3.3.2 Dinâmica interna dos CPS

O estatuto dos CPS prevê reuniões mensais ordinariamente e, extraordinariamente, quando necessário. Através das entrevistas e, posteriormente, verificando-se as atas dos CPS em

funcionamento, pode-se perceber algumas contradições.

Alguns conselheiros colocam que se reúnem mensalmente, mas se essas reuniões mensais ocorrem, não estão sendo registradas em ata. Dos quatro Conselhos em funcionamento e entrevistados, três deles afirmam reunirem-se mensalmente, porém ao verificar as atas de dois deles, não se constatou tal fato no ano de 1999. Um deles registrava sete (07) reuniões, outro, seis (06). (Não tivemos acesso às atas de um dos CPS em funcionamento).

Um outro Conselho revela que se reúnem quando necessário, com a seguinte fala:

*“Era para acontecer uma vez por mês, mas nós estamos muito desanimados e aí a gente acaba se reunindo somente na hora que acontece uma coisa muito séria.”
(Conselheiro 1).*

A falta de reuniões freqüentes dos Conselhos acaba prejudicando a sua dinâmica, “quebrando” o processo participativo, levando até mesmo ao questionamento da real existência de muitos destes Conselhos. A realização de reuniões, somente quando acontece “alguma coisa muito séria”, contribui ainda mais para a desmobilização, despolitização, caindo no desânimo, pois as lutas acabam sendo isoladas e de cunho imediato, por benefícios imediatos, sem uma preocupação com mudanças mais estruturais, caracterizado pela perda de “utopias”, o que poderá ser um dos efeitos do neoliberalismo, conforme Gentili (1985), que acaba gerando o aniquilamento da esperança coletiva e, conseqüentemente, o desânimo. Este, por sua vez, poderá ser superado na medida em que a sociedade civil buscar formas de resistência, de superação, ou como diria Chauí (1999), que ela tenha coragem de ficar na contracorrente e a contrapelo da vaga vitoriosa do neoliberalismo.

A pauta das reuniões é definida somente a partir de problemas imediatos, voltada para os problemas específicos da unidade, do bairro, conforme os seguintes depoimentos:

“Bom, para não ter problema entre comunidade e atendente, eu coloquei, a gente colocou, um caderno de orientação, elogio ou crítica, lá dentro da unidade. A gente avalia isso daí durante um mês e bota na pauta da reunião (...) E começa a reunião e a gente avalia o que foi feito durante o atendimento desse mês, o que faltou para ser atendido melhor, e também a parte de medicamento, o horário de médico, que é importante (...). Na reunião a gente discute tudo isso, depois faz avaliação e leva para o secretário de saúde”. (Conselheiro 6).

“A pauta nós decidimos na hora. Nós deixamos 30 minutos da palavra livre,

como se diz ; pra lavar roupa suja', tudo que está sentindo, se o secretário está ruim, se a prefeitura está ruim, se aquilo está ruim, se naquela rua o esgoto está ruim. Aí nós vamos anotando. Então agora nós vamos discutir o que é que nós vamos levar para o secretário." (Conselheiro 3)

Esses depoimentos, apesar de a pauta estar basicamente atelada às questões da unidade, revelam, por outro lado, um processo coletivo na construção da pauta das reuniões. Outro aspecto relevante refere-se às discussões, que giram em torno de reivindicações a serem levadas ao secretário, sendo que nem todas as reivindicações são apresentadas, como se observa no primeiro depoimento, na medida em que o conselheiro relata que depois de todos realizarem as suas colocações (palavra livre), discute-se o que será levado ao secretário, e no depoimento que segue, o conselheiro deixa claro que nem todas as reclamações são levadas ao Conselho:

"A gente (...) por exemplo, tem um... presidente, a dona Maria que é a vice. Então... tem o tesoureiro, tem o secretário. Então a gente se reúne antes e vê se tem alguma reclamação de outras pessoas que reclamaram para eles... ou às vezes um reclama para mim (...) então a gente faz uma pauta para discutir o mais grave. Que não é toda a reclamaçãozinha que a gente vai chegar ali e cobrar. Então têm aquelas mais graves, que têm que ser resolvidas, que então a gente vai discutir na reunião. E a gente sempre procura trazer um representante da Secretaria, porque às vezes o Acélio não vem, manda um assessor(...) Porque sabe que uma reunião assim entre nós quase não tem uma avaliação, não tem um interesse muito... tanto quanto se fosse um conselheiro. Porque a gente vem ali, discute, mas o que é discutido entre nós não podemos resolver. Então é bom sempre nós convidarmos um... ou o secretário da saúde, ou vem um representante, pra gente passar para ele, que depois passa para o secretário, entendeu? Já convidamos também nas nossas reuniões o diretor do Hospital São José. porque nós tivemos problema aqui no posto. As moças encaminham a internação e dá problema, não são internados."(conselheiro 4).

Diferente dos depoimentos anteriores, no que tange à pauta das reuniões, esse Conselho define a pauta antes das reuniões, entre a diretoria, priorizando os problemas mais sérios que foram colocados pelos usuários, na percepção da diretoria. Torna-se preocupante como são definidas essas prioridades, que critérios são utilizados, pois nem sempre o que a diretoria pensa ser "mais grave" poderá ser o que as outras pessoas pensam ser, podendo até mesmo ocorrer uma certa manipulação nesta definição.

Já no que se refere ao atrelamento das discussões às reivindicações a serem levadas ao secretário, nesse último depoimento esse atrelamento é mais preocupante, tendo em vista que atribuem o bom andamento da reunião à participação do secretário ou outro técnico da Secretaria.

Tais questões levam ao questionamento dos fins político-institucionais inseridos, uma vez que a pauta da reunião é definida por alguns, a participação/interesse dos conselheiros é atribuída à presença do secretário ou técnico, o que poderá oportunizar a estes, efetivamente, a direção do processo.

Essas reflexões, bem como as discussões realizadas anteriormente sobre o entendimento dos conselheiros e técnicos sobre o papel dos CPS, manifestam-se de forma mais evidente nas principais ações realizadas pelos CPS. Ao perguntarmos sobre as principais ações, lutas e conquistas dos CPS, vários aspectos da prática desses Conselhos foram levantados, conforme podemos observar através das falas a seguir:

Ações relacionadas diretamente à unidade de saúde, voltadas para a reivindicação direta ao secretário de saúde:

“A gente não tinha vacina aqui na unidade. Então foi colocado uma sala de vacina aqui.” (Conselheiro 8).

“Foi nós criarmos esse 24 hora aqui, o ultrassom aqui, agora chegou aquele aparelho de eletroencefalo (...) agora nós temos tentado conseguir um RX para cá... nós temos lutado pra ver se nós cercamos ali (...) Fizemos um isolado ali atrás para os médicos deixarem os carros ali, porque é um monte de carro (...) Então demora, mas ainda até agora a gente tem conseguido, sem luta não consegue nada.” (Conselheiro 4)

“Temos a solicitação agora, hoje, que nós temos uma reunião com o secretário, temos em pauta cinco pedidos a fazer, tipo: a nossa doutora está de saída, a gente está reivindicando um novo médico..., um guarda noturno só para a unidade... o odontomóvel, mais uma vez a gente vai... pedir, nós temos aí com uma auxiliar de enfermagem, que na verdade eram duas, mas como uma pegou licença uma de três meses não teve como ficar uma sozinha (...) E futuramente a gente pretende também pedir uma cerca em volta da unidade para ficar mais segura, porque os roubos aqui são muitos.” (Conselheiro 9).

“Das principais lutas do nosso Conselho, principalmente foi essa unidade (...) antes era no barracão da igreja, era uma luta (...) Era um lugar apertado, incômodo. A gente ia para a prefeitura, reuníamos com o secretário de saúde e com o prefeito. Então, a gente sempre tinha reuniões e nessas reuniões a gente levava muita gente daqui. A gente fretava ônibus e da última vez a gente fretou dois ônibus para irmos lá decidirmos (...) Isso foi uma conquista muito grande. A gente também fretou um ônibus para ir até o Conselho Municipal reivindicar e às vezes discutir um pouco mais, às vezes um bate-boca, porque tinha pessoas próprias dentro do Conselho Municipal que não queriam que se fizesse essas unidades de saúde, porque diziam que era muito perto uma da outra. Mas com o voto da

maioria dos conselheiros municipais de saúde (...) tipo o da União Mineira, foi conseguido. O São Defende também era uma unidade pequena, não comportava toda a demanda, então começaram também a fazer visitas ao Conselho Municipal de Saúde e reivindicar Hoje eles estão lá com uma unidade quase pronta, grande, bonita.” (Conselheiro 9).

“A luta dos Conselhos é por mais profissional, entendeu? Na área de especialista. É que está faltando em Criciúma. cardiologista, oftalmo, neurologista, endócrino.” (Conselheiro 7).

“Olha, acho que assim, manter sempre uma equipe completa, que corresponde; ter médico, enfermeira, auxiliar e agente comunitário (...) o Conselho não admite que a equipe trabalhe incompleta. A questão da medicação agora está tudo bem, mas teve uma época assim... que faltava muita medicação. Então o próprio Conselho pegava e ia na secretaria da saúde, às vezes também...eu cheguei a acompanhar, batalhar e trazer medicamento para a unidade.” (Profissional de saúde 1).

Partindo desses comentários, podemos perceber o papel reivindicativo do Conselho, voltado especificamente para a unidade de saúde, e que as reivindicações estão relacionadas à construção e ampliação de unidade de saúde, medicação, equipamentos, ampliação do atendimento, manutenção da equipe de profissionais na unidade e ampliação do quadro de profissionais com algumas especialidades. Essas reivindicações não deixam de ser importantes, principalmente diante do que Valla e Stotz (1991) colocam a respeito de cidadania no caso brasileiro, em que se vive uma cidadania de “sobrevivência”, de “escassez”, pois na verdade o que a sociedade reivindica quando exige os serviços básicos é apenas a sua sobrevivência, pois se o governo não respeitar os direitos da população e devolver seu dinheiro na forma de serviços, grandes parcelas da população continuarão a ter problemas muito sérios de saúde. Os Conselhos, porém, acabam se perdendo apenas nas reivindicações pontuais, localizadas, sem uma preocupação com os aspectos sócio-políticos de saúde-doença, reforçando, em sua maioria, o modelo médico assistencial, que enfatiza a prática clínica, curativa e individual, em detrimento do modelo proposto pelo SUS, com base na saúde pública, preventiva e coletiva. Por outro lado, é importante mencionar o aspecto de “luta” tão enfatizado nas falas anteriores, que acabam evidenciando que esses Conselhos, apesar de suas contradições, apresentam focos de resistência, de organização e mobilização, buscando participar de alguma forma no processo decisório.

No entanto, não se percebe nas entrevistas a compreensão da determinação do processo saúde-doença, nem a organização para lutas de médio e longo prazo.

Nesse sentido, a participação da equipe de saúde, dos técnicos, de modo especial dos Assistentes Sociais, torna-se fundamental na construção do processo de democratização no setor saúde, como se observou em vários momentos das entrevistas, destacando-se os seguintes depoimentos:

“Se eu aprendi alguma coisa, aprendi com a D. Assistente Social. Porque ela, na época que foi montado o Conselho, ela veio aqui ela explicou (...) ela que nos ensinou a andar.”(Conselheiro 2).

“Olha eu diria que é importante a participação do profissional quando ele vem orientar, dar um eixo. E deixar que o Conselho resolva os seus problemas (...). a participação, principalmente da Assistente Social (...), quando ela vem em função do Conselho, quando ela vem em função da comunidade é muito importante, sabe? Ela não vem dizendo o que é que tem que ser feito. Ela vem com uma proposta, dizendo: ‘esse é mais ou menos o que é um Conselho...’ e deixa que a própria comunidade caminhe com as suas próprias pernas.”(Conselheiro 1).

“Está faltando Assistente Social junto conosco...vocês estavam sempre junto com o Conselho...lamento de as Assistentes Sociais não estarem junto conosco. O que nós temos que fazer é fazer a Assistente Social voltar novamente junto com os CPS, porque foram elas que nos ensinaram e elas que nos ensinam a trabalhar.”(Conselheiro7)

A importância dos técnicos, dos profissionais de Serviço Social, como mencionado anteriormente, torna-se mister desde que estes estejam comprometidos com o processo de democratização. Caso contrário, ele acaba exercendo, conforme Testa (1992), seu poder técnico, muitas vezes como forma de direcionamento do processo.

Os Conselhos, quando voltados apenas para seus interesses, com reivindicações imediatas, sendo que a mobilização, a organização se dá diante de uma ação localizada (como a construção da unidade, em que os moradores se organizam e vão até o Conselho municipal), poderiam ser um passo para lutas mais amplas. Observa-se, porém, uma certa contradição, pois em alguns casos após essas conquistas, ocorre o esvaziamento do movimento, conforme o depoimento de uma conselheira que, ao perguntarmos sobre o que levou à desestruturação do CPS, assim nos respondeu:

“Eu acho que foi um pouco por a gente estar sendo bem atendida pela Secretaria, graças a Deus. Está sendo bem atendido. Um pouco foi até pelo secretário, pela prefeitura, a gente conseguiu bastante coisa, a gente conseguiu bastante objetivos. E agora deu uma parada, entende?” (Conselheiro 5)

Um outro Conselho, por sua vez, consegue visualizar outros aspectos relacionados às ações dos CPS, partindo do entendimento e da necessidade de um novo modelo de atenção à saúde, apesar de manter, ainda, uma visão, de certa forma, focalizada da problemática de saúde, expresso através do seguinte depoimento:

“A equipe de saúde foi uma conquista do Conselho, por quê? Porque a gente trouxe profissionais para cá que nós queríamos que tivesse aqui. A mudança do médico, por exemplo, foi dentro daquilo que a gente chama ele e diz: “olha, nós gostaríamos que isso funcionasse assim, grupo hipertensos, grupo de idosos, de diabéticos, visitas, de andar na rua, de ver problemas da comunidade, dos direitos... Por que a medicação não está vindo? E será que é só a medicação? Nós já tivemos conquistas de trabalhar com chá, com horta de chá. Isso foi uma conquista da equipe e do Conselho Popular de Saúde.” (Conselheiro 1).

Nesse depoimento, percebemos que se reivindica outro perfil de profissional que a comunidade necessita, apontando uma outra forma de atendimento, que se volta para um outro modelo de atenção à saúde, visualizando, de alguma maneira, um maior entendimento do processo saúde-doença, enfatizando outras terapias alternativas como a utilização de ervas medicinais no tratamento de algumas doenças, que poderíamos até mesmo considerar como indícios de resistência ao modelo biomédico. Esses aspectos, que oportunizam também o resgate do saber popular, de valorização deste saber, com a utilização de práticas alternativas no setor, poderá vir a se constituir em formas organizativas de mobilização e participação popular.

Alguns depoimentos revelam ações em que o Conselho se articula com outras entidades e organizações da sociedade civil, em busca de melhoria nas condições de saúde do bairro, extrapolando as questões específicas da unidade e o conceito de saúde como ausência de doença, desencadeando um processo de consciência sanitária; esta, entendida como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como esse direito é sufocado e esse interesse descuidado, a consciência sanitária passa a ser ação individual e coletiva para alcançar esse objetivo, o que torna a participação popular um mecanismo fundamental no referido processo. (Berlinguer apud Valla & Stotz, 1993)

Dessa forma, os seguintes depoimentos revelam o processo de construção de consciência sanitária dos Conselhos:

“Aqui teve... uma fábrica que tinha uma fumaça incomodando a comunidade. A gente conseguiu, com a FATMA, rever, fazer uma análise daquela fumaça para ver se era mesmo prejudicial para a saúde da população, e colocar um filtro. Eles colocaram um filtro e hoje ela não é mais prejudicial. O Conselho que fez isso. Quem levantou o problema fomos nós do Conselho, a partir da população.” (Conselheiro 5).

“Eram os casos que apresentavam na comunidade. Por exemplo: esse negócio do lixo, da água que a gente tem um rio que corre aqui. Então muitas pessoas usam o rio como esgoto... vai direto ali, o sanitário vai direto ali pro rio. A gente tentou tirar, envolveu FATMA, na época envolveu CASAN, envolveu um monte de gente, mas não foi resolvido, ficou só no papel. A gente queria que drenassem o rio. Que as pessoas botassem fossa, que drenassem o rio como fizeram aquele projeto ali do bairro Paraíso, que eles drenaram aquele rio, Mas não deu. Porque isso aí ia ser um projeto que ia envolver muito dinheiro e a prefeitura, na época, não tinha. E o Estado também não... não tinha como fazer isso. Então ficou só no papel.” (Conselheiro 5).

Identifica-se o processo de construção de uma consciência sanitária, de mobilização. No entanto, fica evidente o desânimo, a desistência, a submissão ao poder administrativo do Estado nos moldes colocados por Testa (1992), no qual o Estado apropria-se dos recursos, expressando seu poder no processo decisório quanto ao financiamento, em que a população, neste caso os Conselhos, entra numa contradição, na medida em que acaba aceitando e justificando a falta de responsabilidade do Estado na realização de suas funções, deixando de exercer, de fato, o seu poder político.

Um outro depoimento refere-se à forma de articulação para a garantia de melhoria nas condições de saúde do bairro, desencadeando uma articulação e mobilização na forma de reivindicar esse direito:

“Nós tivemos um troço meio forçado lá com o Paulo Meller, o prefeito, por quê? Como é que nós podemos ter saúde no nosso bairro ou em qualquer uma localidade, se nós temos aqui ... esgoto a céu aberto. Então a médica mesmo pediu(...) eu marquei uma reunião com a Kátia, com o presidente da associação e com o coordenador do Conselho (...) Levei gente do Conselho, gente da associação (...) Conversamos com ela, e ela disse pra nós que saía R\$ 2.000,00 (dois mil reais) (...) o material. Ela disse que a prefeitura não tinha dinheiro pra comprar esse material (...). eu peguei trouxe a vigilância lá no outro terreno (...) aqui, nesta, atrás

do posto, porque ali tem uma água que sai de baixo da mina, isso aí eles tem que cobrar da FATMA. E lá em cima então, lá é esgoto mesmo, tem até pessoa tomando água de poço lá. Eu fui na FATMA, ela me deu uma carta e eu fui negocieei com a Companhia Catarinense. Hoje que estão chegando os drenos que ela me deu, 80 (oitenta) metros de dreno pra fazer esse trabalho aí. Aí eu fui lá na prefeitura com uma carta que o engenheiro da Kátia, lá ele me disse: “ Oh, Agenor, se você conseguir 80 metros de dreno, onde for nós vamos buscar e a mão de obra nós fizemos.” Isso é mais alguma coisa ali que eles que fazem. Então hoje chegaram os 80 (oitenta) metros de dreno que estão ali. Acho que nós já fizemos muita coisa em ajudar a prefeitura nessa parte aí. (...) Eu estou desde o final do mês de outubro, tentando marcar uma audiência com o prefeito Paulo. Não consegui. Conversei com o Conselho e com a associação de moradores, contei o que estava acontecendo, eles acharam bom fazer uma faixa e nós irmos lá porque o prefeito não queria nos atender e foi o que nós fizemos ontem. E chegamos lá com educação, apesar de que recebemos algumas lambadas, falaram, mas com educação. Eu simplesmente cheguei pra Tina, a Tina que é a secretária do prefeito, eu disse assim: ‘Oh, esse aqui é o pessoal do Wosocris que está aqui, e nós queremos falar com o prefeito. Enquanto nós não falarmos, nós não saímos daqui’. Nisso chegaram os jornalistas e começaram a me entrevistar e eu comecei a dar a entrevista do que era necessário. Aí chamaram o V. de O. para nos atender. ... Aí o pessoal não concordou: ‘Não, nós queremos é o Paulo... veio numa situação que foi invadindo o gabinete do prefeito. Com faixas e tudo e ele correu para a porta do fundo. Estava ele, o secretário da educação, o Guilherme, e o Tadeu. Eles correram pela porta, quando passaram para outra sala, deixaram-nos na sala dele, do gabinete dele. ... Aí ficamos nós, porque o prefeito sumiu, entendeu? Aí então depois eu vim, falei com a Solange, eu disse: ‘Solange eu quero saber qual é o dia dessa reunião que ele vai marcar pra nós conversa com ele. Nós temos que senta pra negociar’ Aí ela foi lá, falou com ele, então ele marcou pra quarta-feira as duas horas. Quarta-feira às duas horas eu estou indo lá com uma equipe grande de novo. E tem que ser resolvido esse caso, porque... Conseguimos uma parte, falta a outra parte. Então eu acho que se saía R\$ 2.000,00 (dois mil reais), nós conseguimos quase uma metade, falta pouco. Então por que ele não faz? (...) O orçamento participativo, eu sou um dos delegados, delegado mais votado do bairro. Eu estou com cento e cinco mil aqui do bairro Wosocris. ... aí ele diz que foi quarenta mil, mas o sessenta e cinco até hoje não apareceu mais, também. Então nós temos cobrado isso, porque é um direito nosso... Então tem muita politicagem no meio da saúde aqui de Criciúma.” (Conselheiro 7).

Em outros casos, essa articulação com outras entidades da comunidade desencadeia ações que extrapolam os aspectos específicos da saúde, levando, muitas vezes, ao que denominamos de participação comunitária, conforme os seguintes depoimentos:

“Tem a parte, como está sendo feita agora a limpeza do bairro, que está junto com a APP da escola. Tem programação para o final do ano que vai envolver a parte de saúde, associação e comunidade. Vai ser uma festa dia doze para as crianças. Então isso aí envolve o todo, o que não podemos é discriminar, deixar a associação trabalhar de um lado e Conselho popular de outro... A gente adquiriu um terreno grande aqui para fazer uma área de lazer. Então isso aí envolve Conselho e associação.” (Conselheiro 6)

“A nossa reivindicação sempre foi aqui: o valo, assistência melhor para medicamento para o posto, do centro comunitário que aqui não tem, de um centro comunitário pra... pra se reunir” (Conselheiro 3).

Cabe mencionar que pelo fato de muitos coordenadores dos CPS serem também presidentes da associação de moradores ou membros de sua diretoria, há maior possibilidade de integração dessas entidades e ampliação das ações do CPS, que acabam extrapolando o âmbito da saúde.

Em outros casos a participação comunitária já mencionada evidencia-se de uma maneira tal que o Conselho acaba assumindo o papel do Estado, materializando a política neoliberal⁸, na qual a população acaba sendo responsável pelas funções do Estado, que se desresponsabiliza das suas funções no que tange às políticas sociais:

“No final do ano a gente vai tentar reformar todo o centro comunitário e a unidade de saúde. Porque ali está com muito problema de infiltração, azulejo que não tem, piso, uma série de coisas. Isso para o futuro. Vai ser feito tudo com a Secretaria. ...Eu coloquei associação de moradores junto com o Conselho. Através da associação eu estou cadastrando todas as famílias do bairro. Disso aí cada família vai pagar R\$ 2,00 (dois reais) mensais. Esses dois reais vão ser para ajudar na associação de moradores junto com o Conselho. A Secretaria vai entrar com a parte de material e a comunidade com a parte de mão-de-obra. Essa mensalidade vai ser para pagar mão-de-obra e mais alguma coisa que faltar. Um jeito de entrosar Secretaria de Saúde e comunidade.” (Conselheiro 6).

“Quando eu entrei na presidência do Conselho, nos faltava aqui uma TV e um vídeo para informativos (...) para gestante, para idosos. Então surgiu a idéia que a gente fosse até a prefeitura para pedirmos uma TV e um vídeo. E nessa reunião que a gente teve, foi levantada a hipótese de a gente comprar ao invés de esperar pela prefeitura. Então, o que foi decidido em uma dessas reuniões é que a gente faria um bingo, onde a gente arrecadaria o dinheiro para comprar a TV e o vídeo. Então assim fizemos. Se esperar da prefeitura a gente também sabia que a prefeitura estava num período não muito favorável. Tava com muitos gastos. Então a gente decidiu fazer o bingo. Fizemos, levantamos fundo, arrecadamos brindes e aí a gente conseguiu comprar a TV e o vídeo.” (Conselheiro 9).

“No ano passado, arrombaram o Conselho Comunitário e levaram vários produtos e equipamentos. Então, para o Conselho reabastecer, voltar a ter, foi difícil porque a Secretaria não tem dinheiro. Foi através de doações, através de pedido mesmo, para as pessoas ajudarem... Troca de médicos, a gente de vez em quando precisa trocar de médico, porque o médico fica muito repetitivo...” (Conselheiro 6).

8 Discussão realizada no 1º capítulo, tendo por referência, Aderson(1995), Laurell (1995), Gentili (1985), dentre outros.

Os Conselhos acabam por considerar natural a prefeitura, o Estado, não assumirem a parte que lhes cabe ou o que se torna ainda pior, acabam defendendo essa condição, justificando a falta de recurso da prefeitura, sem nenhuma crítica ou reflexão a esse respeito, como se a prefeitura estivesse fazendo um favor, demonstrando claramente a despolitização ainda fortemente presente:

“A Secretaria procura fazer o máximo e ainda nunca convence. Sempre tem as pessoas, como a gente vê aqui, que usam isso aqui diariamente, 24 horas, e alguma vez chegam num dia que não tem um remédio, aí tem aquela que ainda sai falando (...) A pessoa usa, usa, usa, um dia que deixa de vir uma coisinha, ela sai falando.”(Conselheiro 4).

Um dos conselheiros entrevistados demonstra uma certa consciência a respeito da função do Estado frente às políticas sociais, mas acaba realizando ações que seriam de responsabilidade do Estado:

“Não é função da comunidade, do Conselho, contribuir financeiramente (...) eu tenho certeza disso... que não é. Mas aqui na Vila Manaus para a coisa funcionar direitinho, por exemplo: precisa de um fogão, precisa de chaleira, precisa de uma panela, precisa de um ventilador, precisa de gás... Nada disso a Secretaria, a administração dá. Então, isso nós tivemos que comprar, nós compramos, com dinheiro da associação de moradores. (Conselheiro 1)

No entanto, essa última fala, apesar da contradição, consegue perceber que o Conselho não deveria responsabilizar-se por questões que compete ao Estado, porém esclarece que para “funcionar direitinho”, o Conselho e/ou a associação de moradores acabam assumindo algumas dessas responsabilidades.

Partindo dessas reflexões, o seguinte questionamento logo vem à tona: Os CPS devem assumir responsabilidades que a princípio são funções do Estado (como manutenção do posto de saúde, compra de equipamentos, etc), mesmo que estivesse ocorrendo, concomitante, o processo de politização, de mobilização? Ou se assim agirem, os CPS acabam assumindo e referendando a proposta de Estado neoliberal vigente?

3.4 Limites e possibilidades dos Conselhos Populares de Saúde

Além dos limites já discutidos anteriormente, torna-se necessário refletir sobre outros

observados ao longo deste estudo, para que a partir dessa discussão possamos apontar possibilidades sobre a prática desses Conselhos, como forma de tentar viabilizar a participação popular e a garantia dos direitos de cidadania previstos constitucionalmente.

Para iniciarmos essa discussão, reportaremos-nos às reflexões de Frei Beto, em seu artigo à revista “Caros Amigos” (2000), intitulado “Vamos mudar – desafios do neoliberalismo ao movimento popular”, que penso ser importante para ilustrar os limites e possibilidades dos CPS, correlacionando-os à conjuntura atual dos movimentos populares.

Ao refletir os efeitos do neoliberalismo no movimento popular, Frei Beto evidencia as seguintes conseqüências: a) A despolitização: O fracasso do socialismo real na Europa e a ofensiva da mídia, centrada no estímulo consumista, favorecem o desinteresse pela política, consubstanciado pelo neoliberalismo que, com sua política voltada para os interesses individuais, apagam as utopias do horizonte histórico, ironizando os empenhos idealistas. b) O municipal predomina sobre o nacional e o mundial: embora a globalização faça do mundo uma pequena aldeia, as pessoas tendem a se sentir impotentes frente à magnitude dos problemas internacionais e nacionais, sensibilizando-se mais com questões municipais locais. c) A prática social predomina sobre as teorias revolucionárias: as teorias, as análises de conjuntura, são esquecidas e dão lugar às ações, ainda que estas sejam assistencialistas e paliativas. “As pessoas querem menos análises e mais soluções, mais emoções e menos razões”. d) Bandeiras em vez de vagas utopias: A cultura que transforma tudo em mercadoria imediata e palpável tende a esvaziar a atração por propostas genéricas, focalizando as lutas por benefícios imediatos. O que acontece é que ao alcançá-los, o movimento acaba se esvaziando. e) As novas bandeiras: O enfoque político desloca-se do macro para o micro, do global para o local, do social para o pessoal (ecologia, relações de gênero, questão racial...). f) A emergência da espiritualidade: Diante da predominância do pessoal sobre o social, favorece a preocupação com o equilíbrio, harmonia, a subjetividade, a espiritualidade, sendo que as pessoas buscam nas religiões, no esotérico, um sentido para a vida em detrimento do sonho político, das utopias que parecem mais distantes.

Essas questões são percebidas de forma muito evidente no cotidiano da prática dos Conselhos Populares de Saúde, sendo que alguns aspectos já foram mencionados anteriormente, quando discutimos o papel dos CPS e sua dinâmica de funcionamento. Cabe salientar, porém, outras questões que vêm complementar os limites da prática dos CPS, observados através deste estudo.

A tendência à burocratização dos CPS em detrimento da mobilização, da participação

popular na luta pela garantia dos direitos de cidadania, é observada em várias entrevistas, que diante uma preocupação excessiva com o registro do Conselho, desloca o foco de luta, como se apenas o registro desse conta do processo de conquista de uma política de saúde voltada para as necessidades da população, conforme o seguinte depoimento:

“Tem que registrar o Conselho. Porque registrando o Conselho, ele tem força para chegar na Secretaria e discutir qualquer coisa que é preciso para... a unidade de saúde.” (Conselheiro 2).

Complementando essa tendência de burocratização dos CPS, encontra-se a carteirinha de conselheiro de saúde que, além da burocratização, revela a questão de poder atribuído ao conselheiro, que em alguns momentos acaba utilizando-a em benefício próprio.

“Claro que eu passo para os meus conselheiros o que acontece (...) Que eles têm a carteirinha, (...) Em caso de identificação que alguma vez a gente vai no hospital levar uma pessoa e então a gente se identifica. Mas o que eu digo para os meus conselheiros: não vão chegar aqui, tem cinco na frente e eu, só porque eu sou conselheiro, eu tenho o direito de passar, não é assim. A carteirinha é só para se identificar que é um conselheiro para um caso de reclamação, que lá no hospital é mal atendido, ou aqui... Aqui eles conhecem a gente que é do bairro, mas nos outros bairros não, ou lá no hospital.” (Conselheiro 4).

A utilização da carteirinha e o fato de ser conselheiro para se beneficiar não é também observados através do seguinte depoimento:

“Aí vem alguém e diz: Olha eu sou conselheiro, meu nome é y ou z e eu quero que amanhã, dez para o meio dia, eu quero que a equipe esteja aqui para atender tal pessoa. O número do dentista: “Eu sou do Conselho e quero pegar três números para o dentista. Um para a minha vizinha, para o filho da minha filha, e para o meu irmão que não mora na comunidade.” (Profissional 2)

O conselheiro, como já mencionado anteriormente, quer exercer o poder técnico, demonstrado através da busca de informação. Porém, por consequência da falta de clareza do papel do CPS, do tipo de informação que é necessária para o exercício de seu papel, que se dá concomitante à falta de clareza também da equipe, quanto à necessidade de socialização de informações do processo saúde-doença da população, tem por consequência ações inadequadas,

que ferem aspectos éticos da equipe técnica de saúde e que interferem diretamente na relação entre estes, conforme o depoimento na seqüência:

“Alguém do Conselho vinha aqui, abria os livros, arquivos, pastas, olhavam prontuário (...) O outro Conselho conseguia desestruturar e desunir a equipe, ele conseguia colocar a equipe contra a comunidade...tinhamos objetivos diferentes (...) acabava tendo mais desunião do que união”. (Profissional 2).

Não podemos esquecer a falta de manejo, a falta de capacitação dos profissionais de saúde no trato com a comunidade. Em alguns momentos fica evidente a forma como a equipe utiliza o Conselho para as suas reivindicações (como mencionado anteriormente), ou quando o utiliza para garantir benefícios individuais para alguns técnicos. Esses técnicos acabam, em alguns momentos, utilizando de seu poder para manipular o Conselho sem muita preocupação com o atendimento de qualidade e voltado para o modelo de atenção preconizado pelo SUS:

“No nosso programa, o médico é de 8 horas. O nosso médico veio para cá e simplesmente detonou com o nosso programa (...) tirou a nossa enfermeira e uma auxiliar. Ele achava que era muita gente numa equipe. Ele foi para casa, fez um plano (...) E acabou que a gente levou para o Conselho isso, e o Conselho nada fez. Levava pelo lado pessoal. É uma pessoa bacana, te atende sempre sorrindo (...) Aqui é Programa de Saúde da Família – PSF (...) e acabou acontecendo o quê? Hoje nós temos uma auxiliar, uma enfermeira uma vez por semana e pronto.” (Profissional 2).

Assim, o poder técnico prevalece, além de não informar a população dos diversos aspectos relacionados ao processo saúde-doença, acabam utilizando de seu poder técnico para manipular a população, buscando garantir benefícios individuais, tendo por consequência a não mudança do modelo de atenção à saúde e, assim, a consolidação do projeto hegemônico neoliberal. Testa (1992) refere-se a essas questões como um dos problemas mais gerais da participação. Na medida em que a população deixa de ser o sensor das informações, estas acabam sendo enviadas e manipuladas apenas pelos grupos especializados.

A falta de clareza do papel político do CPS, bem como da saúde como processo político, também é manifestada em vários momentos das entrevistas. Aqui destacamos o seguinte depoimento:

“A gente procura diferenciar, não participar muito da parte política da saúde, a gente pega a saúde, a comunidade”. (Conselheiro 6).

Essa forma de perceber a saúde como um processo apolítico desconsidera as estratégias de dominação e controle político, que se fazem presentes em todos os espaços da vida social. Por mais que o regime democrático no país defina novas arenas de debates políticos, isso não quer dizer que todos os atores estejam armados com os mesmos instrumentos, pois os atores sociais, quando entram nas arenas, não estão em iguais condições. A essas condições pode-se chamar de recursos de poder (Testa, 1992). Daí a importância da consciência do processo político no setor saúde, onde os embates e conquistas se dão numa permanente correlação de forças dos diversos atores no centro dessa arena política.

Uma tendência bastante evidenciada nas entrevistas é o enfoque da prática dos CPS voltados para lutas cotidianas, concretas e práticas, que por sua vez tiram o lugar das lutas de cunho abstrato, longínquo e teóricas:

“Os outros postos, não quero nem saber. Nós temos é que defender o nosso lado”. (Conselheiro 3).

“Eu acho que se a gente extrapolar o bairro, a gente acaba perdendo, porque eu conheço o meu bairro”. (Conselheiro 6).

A maneira como os CPS compreendem a prática do CMS também vem evidenciar este enfoque:

“É assim, eu acho até que falam, mas eu acho que fica muito no papel. Eles até tentam, mas não sai dali, não anda a coisa.” (Conselheiro 8).

Essa tendência é apresentada por Frei Beto, como sendo um desafio ao movimento popular na conjuntura atual. “Os movimentos populares devem partir das demandas específicas da população, ainda que elas não pareçam ser as mais políticas e ideológicas... Não se trata de partir daquilo que direções e lideranças julgam melhor para o povo, mas sim do que interessa e mobiliza, invertendo o processo.” (Op. Cit. p. 15).

Talvez seja essa a forma de resistência ao sistema, partir do pessoal ao social, do local ao nacional, do subjetivo ao objetivo, vincular o micro ao macro, as lutas específicas às políticas públicas, tendo em vista a necessidade das pessoas de visualizar lutas palpáveis e concretas.

No entanto, é importante ter clareza de que, conforme Frei Beto (2000), a “questão é introduzir práticas sociais que despertem neles uma consciência/ experiência críticas frente ao sistema, de modo que a nova sociedade possa ir sendo forjada nas entranhas da atual, como criança no ventre materno” (Ibidem). Pois caso contrário, corre-se o risco de perder de vista a luta por transformação desse sistema excludente. Aqui cabe citar Testa (1992), quando coloca a existência de um poder cotidiano, que se refere a que e como fazer as coisas, sendo que a disputa por este poder está inserida e implica no poder societário, a longo prazo, referente ao tipo de sociedade a construir, no qual o aliado natural é o aliado de classe.

Assim, o fato de alguns CPS conseguirem visualizar a importância de extrapolar o âmbito local, poderá ser mais um passo no processo de construção de uma nova ordem social, como podemos identificar através dos seguintes depoimentos:

“Tem que pegar o município como um todo. Tudo quanto é bairro. Tem que se juntar e tentar mudar o município todo”. (Conselheiro 8)

“Tem, tem que ser maior Não pode ser só local porque quando tu trabalha só local tu fica muito.. individual? E quando tu trabalha conjunto, quando tu faz um trabalho aberto, que se reúne com outras comunidades, tu passa a experiência da tua comunidade para aquela comunidade, as dificuldades também, e aí... com isso, a gente aprende... sempre que a gente senta, a gente aprende... trazendo experiência, trazendo dificuldade, de lá pra cá ou daqui pra lá.” (Conselheiro 1).

A capacitação de conselheiros torna-se fundamental nesse processo, sendo que os próprios conselheiros identificam essa necessidade ao longo das entrevistas, quando a maioria deles participou apenas dos seminários dos CPS, não sendo oportunizadas outras formas de capacitação.

Assim, a construção de um processo de formação, capacitação, torna-se importante como forma de instrumentalizar a sociedade civil para participar dos diferentes espaços organizativos, dentre eles os Conselhos, numa perspectiva de criação de uma nova cultura política.

Para Benevides (1996), essa formação é denominada de educação política, que não

se constitui pronta e acabada. O importante é que se possa garantir aos atores sociais a informação e à consolidação institucional de canais abertos para a participação com pluralismo e liberdade. A educação política não pode ser entendida só do Estado para o povo, supõe que os próprios interessados transformem-se em novos atores sociais, sujeitos políticos. Esse processo exige, dos seus atores, dinamismo, criatividade e liberdade para a criação e consolidação de novos espaços públicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu-nos refletir sobre a participação popular no âmbito dos Conselhos Locais/ Conselhos Populares de Saúde de Criciúma, uma instância de participação ainda não vivenciada em muitos municípios. Apesar de seus limites, reflete a forma como o Estado brasileiro foi constituído e apresenta uma das possibilidades de resistência à política neoliberal, como reordenamento nas relações entre Estado e sociedade civil.

A experiência desses Conselhos, em Criciúma, enquanto entidade formal/local, poderia ser considerada como nova na forma de “Conselho”, mas se considerarmos experiências anteriores, principalmente na administração de Hülse (1983-1988), no contexto de implantação das AIS e do SUDS, já se buscava implantar uma política de saúde “participativa”. No período (Hülse), através da associação de moradores, foram observados alguns avanços, como vimos anteriormente, por meio do estudo de Ruver (1992). Analisando o depoimento de um dos conselheiros entrevistados (mencionado na página 63), aqui buscando fazer uma comparação, considera-se que neste período de trabalho (gestão Hülse), as condições de saúde eram melhores, a participação da população era mais efetiva, devido à forma como os conselhos eram organizados.

No entanto, Ruver (1992) apontou alguns limites dessas associações de moradores, dentre eles: pouca capacidade associativa da população; paternalismo; predomínio do caráter consultivo; participação como concessão da administração; associações, em sua maioria, criadas como uma extensão da administração; usadas para fortalecer interesses políticos setoriais e/ou pessoais. Todos esses aspectos acabam sendo reproduzidos nos CPS. “Se por um lado, as organizações comunitárias que já existiam antes da administração Hülse, eram vinculadas ao Estado e ao PDS, por outro, as associações de moradores criadas a partir de 1983 foram vinculadas à Prefeitura e ao PMDB. A Secretaria Municipal de Saúde desempenhou um importante papel na consolidação desta perspectiva”. (Ruver, 1992, p. 84)

Ao tentar localizar a gênese das possibilidades de participação no município, (com base nas entrevistas e em outros estudos já realizados), podemos perceber os seguintes momentos de participação: de sindical para comunitária (golpe militar); de comunitária para uma tentativa de participação popular (Hülse), abortada no governo de Altair; tentativa de retorno à participação popular buscando alcançar participação social (na gestões de Moreira e Meller), como proposta técnica de profissionais da SMS, mas sendo novamente abortada nestas mesmas gestões. A participação por meio dos CPS, salvo alguns momentos que demonstram aspectos de participação popular, caracteriza-se, em sua maioria, como participação comunitária, refletindo os constantes limites que historicamente os movimentos populares vêm sofrendo em Criciúma.

Nesse sentido, constatamos, neste estudo, os seguintes aspectos limitadores dos CPS, além dos já nominados anteriormente:

⇒ O caráter consultivo e não deliberativo dos CPS, bem como a inexistência de mecanismos de cobrança das propostas apresentadas pelos Conselhos ao poder público, prejudicando o processo participativo enquanto garantia de direitos, legando a estes uma condição de submissão e de impotência, o que tem por conseqüência o descrédito e o esvaziamento das possibilidades de exercício efetivo de poder.

⇒ O III seminário dos CPS, realizado em novembro de 1997, no qual se deu o processo de eleição dos representantes dos CPS para o CMS, que parecia uma escalada para a transformação da consciência de participação comunitária/popular para social, e que teve como resultadosa limitação da participação dentro do aparelho de Estado capitalista.

⇒ O Programa de Saúde da Família – PSF, embora podendo ser um avanço na proposta de operacionalização da Atenção Primária à Saúde, em Criciúma, no que se refere aos CPS, acabou prejudicando o seu processo de mobilização, em decorrência das seguintes questões: o PSF, em sua proposta nacional, não inclui Assistentes Sociais na equipe; a prefeitura, por sua vez, também não incluiu, desconsiderando a importância desse profissional na equipe e o trabalho de mobilização popular que os mesmos vinham desempenhando; a forma de contratação dos profissionais do PSF vem limitar ainda mais, tendo em vista que os profissionais, muitas vezes, por medo de serem demitidos, não conseguem contribuir efetivamente no processo de mobilização dos Conselhos; falta de preparo dos profissionais de saúde para trabalhar em âmbito comunitário.

⇒ Um outro aspecto limitante dos CPS é a permanência dos conselheiros em seus cargos por um longo período, não oportunizando a participação de novos conselheiros.

⇒ No que se refere ao poder, os conselheiros expressam a necessidade e/ou a vontade de ter “poder”, com as seguintes características: técnico (lidar com a informação de âmbito técnico para demonstrar conhecimento/poder em relação a outras pessoas da comunidade), político (mobilização/influência para reivindicar suas necessidades) e administrativo (possibilidades de decidir quanto aos recursos do seu interesse).

⇒ A falta de reuniões prejudicam a dinâmica dos Conselhos, quebrando o processo participativo, além de colocar em dúvida a existência de alguns Conselhos, já que suas atividades ficam restritas ao seu coordenador.

⇒ A pauta das reuniões são somente definidas a partir de problemas imediatos, e, em geral, são voltadas para questões específicas da Unidade de Saúde do bairro. Em alguns momentos, a pauta é definida num processo coletivo, em outros, pela diretoria e até mesmo pelo presidente, o que pode levar a um processo de manipulação.

⇒ A freqüente ação localizada e imediatista dos Conselhos levam, em alguns casos, ao esvaziamento do movimento/mobilização. Quando não conseguem relacionar os seus problemas locais com questões de âmbito conjuntural, a mobilização se dá somente para a conquista de alguns objetivos localizados, desligados de uma problematização maior.

⇒ A tendência à burocratização (legislação própria, estatuto, carteirinha, etc), é bastante evidenciada na prática dos Conselhos, desvirtuando, muitas vezes, o foco de discussões. Se por um lado contribui para o processo de sua regularização (estatuto), por outro, poderá desviá-los das lutas que levam à participação popular e ao controle social (caso da carteirinha).

⇒ Identifica-se o processo de construção de uma consciência sanitária. No entanto, fica evidente o desânimo, a desistência, a submissão ao poder do Estado, que não democratiza a decisão sobre a aplicação dos recursos. Por outro lado, o conselho assume papel do Estado, executando serviços de manutenção, arrecadando fundos para a solução de problemas. Esse fato é considerado, por muitos Conselhos, como natural. Alguns defendem essa condição do Estado, justificando a falta de recursos (da prefeitura), sem nenhuma crítica a esse respeito, enquanto outros reconhecem que esse não é o papel dos Conselhos.

Essas limitações nos levam a crer que, por mais que o regime democrático no País defina novas arenas de debates políticos, o poder ainda está concentrado em mãos de poucos, e nem todos os atores dispõem dos mesmos instrumentos, pois os atores sociais, quando entram em cena, não estão em iguais condições. Portanto, usando o pensamento de Gerschman, isso é uma

não-democracia.

Dessa forma, insistir em participação popular e social requer ter clareza das estratégias de dominação e controle político que se fazem presentes em todos os espaços da vida social e nesse caso, na política de saúde, onde ficam evidentes traços do patrimonialismo e clientelismo, nos quais o Estado brasileiro se fundamentou, e que se reproduzem nos governos municipais até os dias atuais.

A situação atual vem se agravando ainda mais. Vemos o exercício da participação e da cidadania, por meio dos movimentos populares, esfacelando-se diante da política neoliberal tornando-se, sem dúvida um desafio, uma atitude constante de “remar contra a maré”.

Sob a ótica desse Estado neoliberal, estamos vivenciando o desmonte das políticas sociais públicas. Criciúma tem sido um exemplo. Fala-se em participação, mas esta ainda encontra-se, muitas vezes, sob o prisma da “participação comunitária”, que serve ao projeto neoliberal, pois transfere a execução de ações sem transferir poder decisório.

A Constituição Federal, em seu art. 198, ao definir as diretrizes do SUS, refere-se à “participação da comunidade”. A questão da terminologia utilizada leva-nos a pensar por que não se utilizou participação popular ou participação social? Seria por que por trás dessa terminologia o Estado incute a idéia de “participação” e de “comunidade” que lhe serve melhor? Essa forma de participação tem demonstrado historicamente que não oportuniza a democratização do processo decisório de “fato”, não ultrapassa o caráter consultivo (quando ainda consegue ser consultivo), não dá a perspectiva de transformação estrutural.

Na política de saúde pública municipal, essas questões foram percebidas no decorrer deste estudo, levando-nos a diversas reflexões, no que se refere às alternativas frente a esta política neoliberal. De que forma os CPS poderão se constituir em um dos espaços de resistência, de contra-hegemonia?

Consideramos que, apesar de a experiência dos Conselhos, nas suas mais diversas instâncias, e aqui evidenciado por meio dos Conselhos Populares de Saúde, estarem ocorrendo de forma processual, com momentos de conquistas e outros marcados por retrocessos, como observamos no decorrer deste trabalho, ainda assim esta experiência de Conselho pode ser considerada como uma das formas de resistência, de contra-hegemonia às propostas hegemônicas, que ao longo da história representam os interesses do capital. Certamente, se tivesse um compromisso maior com a capacitação de conselheiros, os avanços poderiam ser maiores.

Contudo, as resistências são, por vezes, incipientes, mas importantes nesse processo participativo. Enquanto alguns Conselhos apontam para a “prefeiturização”, outros buscam resistir. Ficam evidentes os momentos em que os Conselhos apontam para aspectos que revelam uma participação popular e até mesmo de participação social, evidenciando a “luta” presente no processo participativo dos Conselhos. Partindo de reivindicações específicas, localizadas, há Conselhos que conseguem visualizar lutas mais amplas. Sendo este, talvez, um dos grandes desafios, no qual Freire (1999) nos aponta: partir do micro para o macro, despertar do pessoal para o social, do local para o nacional, de modo a contribuir no processo de construção de consciência crítica frente ao sistema.

É aí que ressurge, portanto, a importância do intelectual orgânico, no sentido Gramsciano, comprometido com as classes excluídas de seus direitos de cidadania., oportunizando reflexões a partir de questões concretas do cotidiano das pessoas, porém sem perder de vista a sua relação com os aspectos conjunturais, enquanto proposta política para ocupação do espaço público.

Esta dissertação tenta colaborar para a compreensão, tanto da dinâmica dos CPS como da inserção mais coerente dos profissionais de saúde, de modo especial dos Assistentes Sociais, estes enquanto intelectuais que, quando comprometidos com a construção de um processo de democratização no setor saúde, poderão contribuir para o germinar de uma nova sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Haroldo Baptista de. As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil. In: **Capacitação em serviço social e política social : Módulo 1: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social.** Brasília : CEAD, 1999, 33 – 43.
- AGUILERA, C. E. e BAHIA, L. História das políticas de saúde no Brasil. **Cadernos didáticos UERJ**, Temas de políticas de saúde, n. 6, 1993.
- ALMEIDA, C. Novos modelos de atenção a saúde – bases conceituais e experiências de mudanças. In: COSTA, N. e RIBEIRO, J. M. **Política de Saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90.** Rio de Janeiro: ENSP, 1996, p. 69-98.
- _____. Crise econômica do Welfare State e Reforma Sanitária. In: GERSCHMAN, S. e VIANNA, M. L. W. **A miragem da Pós modernidade: Democracia e políticas sociais no contexto da globalização.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 177-200.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. e GENTILI, P. (org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9 – 23.
- ANTUNES, Ricardo. Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho. In: **Capacitação em serviço social e política social : Módulo 1: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social.** Brasília : CEAD, 1999, 17 – 31.
- BENEVIDES, Maria V. de Mesquita. **A cidadania ativa.** São Paulo: Ática, 1996, p. 208.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. Enf. USP.* v.30, nº3, p.380-98, dez. 1996.

- BETTO, Frei. **Vamos Mudar: desafios do neoliberalismo ao movimento popular**. Caros Amigos. São Paulo, v. III, n. 36, p.15, março, 2000.
- BODSTEIN, R. Assistência Médica na agenda Pública. In: _____. **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relumé – Dumaré, 1993, p. 15 – 36.
- BOLETIM DO CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Saúde: Governo desvirtua tema da XI Conferência Nacional. n. 18, maio, 2000.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Estudos de Previdência Social**. CEBES-HUCITEC, 1981.
- BRANDÃO, André Augusto. Liberalismo, neoliberalismo e políticas sociais. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 36, p. 84 – 100, 1991.
- BRASIL. Constituição Federal, 1988.
- BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de set. de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências.
- BRASIL. Lei n. 8142 de 28 de dez. de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão no Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- BUSS, Paulo Marchiori. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, Paulo Marchiori, LABRA, Maria Eliane (org.). **Sistemas de Saúde: continuidade e mudança**. São Paulo-Rio de Janeiro: Editoras Hucitec – Fiocruz, 1995, p. 61 – 102.
- _____. Enfoques prioritários em salud pública. In: **Organización Panamericana de la salud. Desafios para la educacion em salud pública: La reforma setorial y las funciones esenciales de salud pública**. Washington, 2000, p. 7-26.
- CARVALHO, Antônio Ivo. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Editoras IBAM/FASE, 1995.
- CHAUÍ, Marilena. A universidade em ruínas. In: TRINDADE, Héglio (org.). **Universidade em ruínas**. 2ª ed., Petrópolis (RJ): Vozes, 2000, p. 211-223.
- _____. Ideologia neoliberal e universidade. In: OLIVEIRA, Francisco, PAOLI, Maria Célia (Org.). **Os sentidos da democracia – políticas do dissenso e hegemonia global**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999, p. 27-51.

COHN, Amélia, ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil : políticas e organizações de serviços**. 3 ed., São Paulo: Cortez, 1999.

_____. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa Cristina (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995, p. 225 – 244.

_____. Saúde e Cidadania: Análise de uma experiência de gestão local. In: EIBENSCHUTZ, C. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1996, p. 315 – 327.

COSTA, N. R. O Banco Mundial e a política social nos anos 90 – A agenda para reforma no setor saúde no Brasil. In: _____ e RIBEIRO, J. M. **Política de Saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENSP, 1996, p. 13– 29.

CONSTANTINO et all. **Diagnóstico Administrativo do Setor Saúde nos Municípios de Criciúma e Sombrio**. Trabalho de conclusão – Curso de Especialização em Saúde Pública – Criciúma, maio de 1998.

CRICIÚMA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, 1997. CRICIÚMA.

CRICIÚMA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, 1994.

CRICIÚMA. Secretaria Municipal de Saúde. Of. SMS 0200/00 – 16/08/2000.

CRICIÚMA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Serviço Social. Gestão 97-2000.

CRICIÚMA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório dos Seminários dos CPS.

DA ROS, Marco Aurélio. **Um drama estratégico: o Movimento Sanitário e sua expressão num município de Santa Catarina**. Rio de Janeiro, 1991. (Dissertação de Mestrado)

DEMO, Pedro. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. São Paulo: Autores Associados, 1995.

_____. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1988.

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC. Diagnóstico de Saúde da Região Carbonífera de Santa Catarina e do Extremo Sul Catarinense, 1999.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 11ª ed. São Paulo: civilização brasileira, 1987.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social do Estado Capitalista**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.

FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do Social.** Rio de Janeiro: Relumê – Dumaré, 1992.

_____. (Org.). **História das políticas de saúde no Brasil: Antecedentes da Reforma Sanitária.** Rio de Janeiro: ENSP, 1988 p. 9-23 e 41-70.

GENTILI, Pablo. Como reconhecer um governo neoliberal? Um breve guia para educadores. In: SILVA, L.H. e AZEVEDO, J. C. (Org.). **Reestruturação curricular no cotidiano da escola.** Rio de Janeiro: Vozes, 1985, p. 16–25.

GERSCHMAN, Sílvia. **A democracia inclusa - um estudo da reforma sanitária brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GODBOUT, Jacques. **La Participation contre la démocratie.** Montreal (Québec): Éditions Saint-Martin, 1983, p. 97-127.

GOULARTI FILHO, Alcides. As origens e a diversificação do parque industrial sul-catarinense. In: **Revista Tecnologia Ambiental.** Criciúma, Unesc, v.2, n.1, 1996, p. 17-29.

GRAMSCI, Antônio. **Concepção dialética da história.** 7ª ed., Rio de Janeiro : Editora civilização Brasileira S.A., 1987.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 1998.

LAURELL, Asa Cristina (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** São Paulo: Cortez, 1995, p. 151 – 178.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Distrito Sanitário: processo social de mudanças das políticas sanitárias do SUS.** São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1993.

OLIVEIRA, A Jaime. Reforma e reformismo: para uma teoria política da Reforma Sanitária. In: Costa, N. et. al. **Demandas populares, políticas públicas e saúde.** Rio de Janeiro: Vozes, 1989, p. 13-38.

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o Poder e o Socialismo.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990. 307p.

- RAICHELIS, Raquel. **Legitimidade Popular e Poder Público**. São Paulo: Cortez, 1988.
- RAMOS, C. L. “Conselhos de saúde e controle social”. In: EIBENSCHUTZ, C. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1996, p. 329 – 344.
- RUVER, Heliete Rocha dos Santos. **Descentralização e participação nas políticas de saúde: uma crítica do processo de implantação das AIS e do SUDS em Criciúma na gestão Hülse (83-88)**. Dissertação de Mestrado, UFSC, 1992.
- SADER, Emir e GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-Neoliberalismo II: Que Estado para que democracia?** Petrópolis (RJ): Vozes, 1999. 182 p.
- SILVA, Ademir Alves da. As relações Estado – Sociedade e as formas de regulação social. In: **Capacitação em serviço social e política social : Módulo 2: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social**. Brasília : CEAD, 1999, 55 – 71.
- SOUZA, Maria Luiza de. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 1999. 231p.
- SPOSATI, Aldaíza.. Mínimos Sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo : Cortez, n. 55, p. 9-38, 1997.
- _____ e LOBO, Elza. **Controle social e políticas de saúde**. Cadernos do CEAS, Salvador, n. 139, 1992, 64 – 80.
- STOTZ, Eduardo. Nós da Rede. **Boletim da rede de Educação Popular em Saúde**. Rio de Janeiro : Ensp/Fiocruz, ano 1 – n. 2, 1999.
- TEIXEIRA, José Paulo. **Os donos da cidade**. Florianópolis: Insular, 1996. 241p.
- TESTA, Mário. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226p.
- VALLA, Victor Vincent e STOTZ, Eduardo. **Participação Popular e Saúde**. 2ª ed. Coleção Saúde & Educação. Petrópolis (RJ): CDDH/CEPEL, 1991. 40p.
- VOLPATO, T.G. **A pirita humana: os mineiros de Criciúma**. Florianópolis : UFSC, 1984.

ANEXOS:

ANEXO 01 – Instrumento de coleta de dados – com conselheiros do CPS em funcionamento

ANEXO 02 - Instrumento de coleta de dados – com conselheiros do CPS desativado

ANEXO 03 – Instrumento de coleta de dados – com representante do CPS no CMS

ANEXO 04 – Instrumento de coleta de dados – com profissional da equipe de saúde local

ANEXO 01 – Instrumento de coleta de dados – com conselheiros do CPS em funcionamento

· IDENTIFICAÇÃO

- 1) Idade: _____ Profissão: _____
- 2) Cargo que exerce no Conselho: _____
- 3) Há quanto tempo? _____
- 4) Segmento que representa: _____
- 5) Organização que representa: _____
- 6) Participa de outros grupos organizados na comunidade? Se sim, quais? _____
- 7) De que forma se tornou conselheiro? (Descrever como foi o processo) _____

· FUNCIONAMENTO DO CONSELHO

- 1) Qual o objetivo do Conselho Popular de Saúde?
- 2) O que compete legalmente (estatuto) ao CPS? O que vem se concretizando na prática e como isso acontece?
- 3) Quando e como ocorrem as reuniões do Conselho? (frequência, como se define a pauta, entidades que participam, participação ou não de outros grupos organizados da comunidade que não fazem parte do Conselho, etc.)
- 4) Como o Conselho dinamiza sua ação?
- 5) O CPS participa na definição da política de saúde local e municipal? Se sim, de que forma? (Chega a ser consultivo e deliberativo?).
- 6) Quais as principais ações do CPS até o presente momento?
- 7) No seu ponto de vista quais as principais lutas e conquistas do conselho?
- 8) Quais as principais dificuldades do CPS?
- 9) Para você a prática dos CPS é necessária? Se sim, que sugestões você daria para implementá-las? Se não, que outros grupos organizados da comunidade poderiam incluir os objetivos do CPS nas suas ações?

· SITUAÇÃO DE SAÚDE NA CONCEPÇÃO DO CONSELHEIRO

- 1) O que você entende por saúde?
- 2) Como considera as condições de saúde do bairro?
- 3) Diante das condições de saúde do bairro, como considera a atuação do Conselho? Que ações do Conselho vêm contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população?
- 4) Na busca de melhoria das condições de saúde, a luta do conselho deve ser apenas no âmbito local (bairro), ou extrapola este âmbito?

· FORMAÇÃO

- 1) Durante o seu mandato houve algum tipo de capacitação para conselheiros? Caso afirmativo, quantas atividades foram desenvolvidas, quais os temas tratados, qual a metodologia utilizada e quem organizou?
- 2) No seu ponto de vista a capacitação contribui na atuação do CPS?
- 3) Na sua opinião, qual o papel a ser desempenhado pelo conselheiro e quais as dificuldades encontradas no cumprimento de seu papel?
- 4) Você participou da Conferência Municipal de Saúde, e de algum seminário dos CPS?
- 5) Para você é importante a realização de Conferências Municipais de Saúde e de Seminários do CPS? Por quê? O que vem dificultando a realização desses fóruns?

· ARTICULAÇÃO DO CPS COM OUTRAS INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL

- 1) Existe relação entre Conselho e outras entidades da comunidade? Se sim, de que forma?
- 2) Existe algum tipo de relação entre o Conselho e a População? (mecanismo de comunicação com a população local). Se sim, como ocorre?
- 3) No início da implantação dos CPS não havia muita preocupação com a interação entre esses conselhos e o CMS. Atualmente os CPS têm assento no CMS. Para você, teve alguma mudança após a inclusão de representantes do CPS no CMS?
- 4) O CPS estabelece algum tipo de relação com o CMS? Como isso ocorre?
- 5) Existe alguma forma de repasse de informação do que acontece no Conselho Municipal pelo representante dos Conselhos Populares?
- 6) De que forma circulam as informações referentes à municipalidade, à legislação, financiamento do CMS para CLS e deste para a comunidade?

· RELAÇÃO ENTRE CPS, EQUIPE DE SAÚDE E GESTOR

- 1) Como se estabelece a relação entre o CPS com a equipe de saúde local? (repasso de informações, discussão dos problemas de saúde, levantamento das necessidades, participação da equipe nas reuniões do Conselho no planejamento das ações de saúde local, etc.)
- 2) Como são definidas as prioridades para a unidade de saúde? (Compra de equipamento, contratação de recursos humanos, ações de saúde, etc). Existe a participação do CPS? Se sim, de que forma?
- 3) No início da implantação dos CPS e em alguns Conselhos até em 1998, os Assistentes Sociais da Secretaria realizavam assessoria aos mesmos. Para você a participação destes técnicos contribuiu no processo do Conselho?
- 4) O CPS possui algum tipo de relação com a SMS, Prefeito Municipal e Poder Legislativo? Se sim, de que forma?
- 5) Quais as principais reivindicações do CPS, e de que forma o poder público vem respondendo às mesmas?

ANEXO 02 – Instrumento de coleta de dados – com conselheiros do CPS desativado

• IDENTIFICAÇÃO

- 1) Idade: Profissão:
- 2) Cargo que exerceu no Conselho:
- 3) Quanto tempo?
- 4) Segmento que representou:
- 5) Organização que representou:
- 6) Participa de outros grupos organizados na comunidade? Se sim, quais?
- 7) De que forma havia se tornado conselheiro? (Descrever como foi o processo)

• FUNCIONAMENTO DO CONSELHO

- 1) Qual o objetivo do Conselho Popular de Saúde?
- 2) O que compete legalmente (estatuto) ao CPS? O que vem se concretizou na prática e como isso aconteceu?
- 3) Quando e como ocorriam as reuniões do Conselho? (frequência, como se definia a pauta, entidades que participavam, participação ou não de outros grupos organizados da comunidade que não faziam parte do Conselho, etc.)
- 4) Como o Conselho dinamizava sua ação?
- 5) O CPS participa na definição da política de saúde local e municipal? Se sim, de que forma? (Chega a ser consultivo e deliberativo?).
- 6) Quais as principais ações do CPS durante o seu funcionamento?
- 7) Na sua opinião, o que levou a desestruturação do CPS? (principais dificuldades)
- 8) Para você a prática dos CPS é necessária? Se sim, que sugestões você daria para implementá-las? Se não, que outros grupos organizados da comunidade poderiam incluir os objetivos do CPS nas suas ações?

• SITUAÇÃO DE SAÚDE NA CONCEPÇÃO DO CONSELHEIRO

- 1) O que você entende por saúde?
- 2) Como considera as condições de saúde do bairro?
- 3) Diante das condições de saúde do bairro, como considerou a atuação do Conselho? Que ações do Conselho contribuíram para a melhoria da situação de saúde da população?
- 4) Na busca de melhoria das condições de saúde, a luta do conselho deveria ser apenas no âmbito local (bairro), ou deveria extrapolar este âmbito?

· FORMAÇÃO

- 1) Durante a sua participação, houve algum tipo de capacitação para conselheiros? Caso afirmativo, quantas atividades foram desenvolvidas, quais os temas tratados, qual a metodologia utilizada e quem organizou? Caso negativo, a realização de capacitação poderia ter contribuído na atuação do CPS?
- 2) Na sua opinião, qual o papel que deveria ser desempenhado pelo conselheiro e quais as dificuldades encontradas no cumprimento de seu papel?
- 3) Você participou da Conferência Municipal de Saúde e de algum seminário dos CPS? Qual a importância desses fóruns?

· ARTICULAÇÃO DO CPS COM OUTRAS INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL

- 1) Existia relação entre conselho e outras entidades da comunidade? Se sim, de que forma?
- 2) Que tipo de relação existia entre Conselho e população? (mecanismo de comunicação com a população local)
- 3) Você tem conhecimento da participação do CPS no CMS? Se sim, teve alguma mudança após a inclusão de representantes do CPS no CMS?
- 4) O CPS estabelecia algum tipo de relação com o CMS? Como isso ocorre?
- 5) Existe alguma forma de repasse de informação do que acontece no Conselho Municipal pelo representante dos Conselhos Populares?
- 6) De que forma circulavam as informações referentes à municipalidade, à legislação, financiamento do CMS para CLS e deste para a comunidade?

· RELAÇÃO ENTRE CPS, EQUIPE DE SAÚDE E GESTOR

- 1) Como se estabelecia a relação entre o CPS com a equipe de saúde local? (repasso de informações, discussão dos problemas de saúde, levantamento das necessidades, participação da equipe nas reuniões do Conselho no planejamento das ações de saúde local, etc.)
- 2) Como eram definidas as prioridades para a unidade de saúde? (Compra de equipamento, contratação de recursos humanos, ações de saúde, etc). Existe a participação do CPS? Se sim, de que forma?
- 3) No início da implantação dos CPS e em alguns Conselhos até 1998, os Assistentes Sociais da Secretaria realizavam assessoria aos mesmos. Para você, a participação desses técnicos contribuía no processo do Conselho?
- 4) O CPS possuía algum tipo de relação com a SMS, Prefeito Municipal e Poder Legislativo? Se sim, de que forma?
- 5) Quais eram as principais reivindicações do CPS, e de que forma o poder público respondia às mesmas?

ANEXO 03 – Instrumento de coleta de dados – com representante do CPS no CMS

· IDENTIFICAÇÃO

- 1) Idade: _____ Profissão: _____
- 2) Cargo que exerce no CPS:
- 3) Cargo que exerce no CMS:
- 4) Segmento que representa no CPS:
- 5) Organização que representa no CPS:
- 6) Participa de outros grupos organizados na comunidade? Se sim, quais?
- 7) Em que período exerceu a função de conselheiro no CPS e no CMS?
- 8) De que forma se tornou conselheiro no CPS e no CMS? (Descrever como foi o processo)

· FUNCIONAMENTO DO CONSELHO

- 1) Qual o objetivo do Conselho Popular de Saúde?
- 2) O que compete legalmente (estatuto) ao CPS? O que vem se concretizando na prática e como?
- 3) Como os CPS dinamizam suas ações?
- 4) O CPS participa na definição da política de saúde local e municipal? Se sim, de que forma? (Chega a ser consultivo e deliberativo?).
- 5) Quais as principais ações do CPS até o presente momento?
- 6) No seu ponto de vista quais as principais lutas e conquistas do conselho?
- 7) No sua opinião, o que está contribuindo para a desestruturação de muitos CPS? (Principais dificuldades)
- 8) Para você, a prática dos CPS é necessária? Se sim, que sugestões você daria para implementá-las? Se não, que outros grupos organizados da comunidade poderiam incluir os objetivos do CPS nas suas ações?

· SITUAÇÃO DE SAÚDE NA CONCEPÇÃO DO CONSELHEIRO

- 1) O que você entende por saúde?
- 2) Como considera as condições de saúde do município?
- 3) Diante das condições de saúde do município, como considera a atuação do CMS e dos CPS?
- 4) Na busca de melhoria das condições de saúde, a luta do CPS deve ser apenas no âmbito local (bairro), ou extrapola este âmbito?

· FORMAÇÃO

- 1) Você participou de algum tipo de curso de capacitação para conselheiros, através do CMS e do

CPS? Caso afirmativo, quantas atividades foram desenvolvidas, quais os temas tratados, qual a metodologia utilizada e quem organizou?

2) No seu ponto de vista a capacitação contribui na atuação do CPS e do CMS?

3) Na sua opinião, qual o papel a ser desempenhado pelo conselheiro no CPS e no CMS e quais as dificuldades encontradas no cumprimento de seu papel?

4) Você participou da Conferência Municipal de Saúde, e de algum seminário dos CPS? Qual a importância desses fóruns?

· ARTICULAÇÃO DO CPS COM OUTRAS INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL

1) Existe relação entre conselho e outras entidades da comunidade? Se sim, de que forma?

2) Que tipo de relação existe entre o CPS, CMS e a População? (mecanismo de comunicação com a população local)

3) Para você, o que representou a inclusão de representantes dos CPS no CMS? Ocorreu mudanças? Se sim, de que forma?

4) De que forma circulam as informações referentes à municipalidade, à legislação, financiamento do CMS para CPS e deste para a comunidade?

5) De que forma os representantes dos CPS no CMS vêm realizando as discussões sobre as deliberações do CMS? Como estão repassando as informações e encaminhamentos às reivindicações dos CPS? Quais as dificuldades encontradas?

6) Quais as principais reivindicações dos CPS no CMS? De que forma são encaminhadas? Como o poder público responde às mesmas?

7) Na sua opinião, o CMS exerce o seu poder deliberativo? Como isso acontece? (como acompanha os serviços oferecidos pela SMS, como acompanha as contas, como são definidas as prioridades, como as decisões têm sido encaminhadas)

· RELAÇÃO ENTRE CPS, EQUIPE DE SAÚDE E GESTOR

1) Como se estabelece a relação entre o CPS e a equipe de saúde local? (repasso de informações, discussão dos problemas de saúde, levantamento das necessidades, participação da equipe nas reuniões do Conselho no planejamento das ações de saúde local, etc.)

2) Como são definidas as prioridades para as unidade de saúde? (Compra de equipamento, contratação de recursos humanos, ações de saúde, etc). Existe a participação do CPS? Se sim, de que forma?

3) No início da implantação dos CPS e em alguns Conselhos até 1998, os Assistentes Sociais da Secretaria realizavam assessoria aos mesmos. Para você, a participação destes técnicos contribuiu no processo do Conselho?

4) Os CPS possuem algum tipo de relação com a SMS, Prefeito Municipal e Poder Legislativo? Se sim, de que forma?

ANEXO 04 - Instrumento de Coleta de dados – com profissional da equipe de saúde local

· IDENTIFICAÇÃO

- 1) Idade: _____ Profissão: _____
- 2) Quanto tempo trabalha na unidade?
- 3) Você reside no bairro? Se sim, há quanto tempo?
- 4) Participa do CPS? Se sim, há quanto tempo? Alguém mais da equipe participa do CPS?
- 5) Segmento que representa:
- 6) Organização que representa:
- 7) Participa de outros grupos organizados na comunidade? Se sim, quais?
- 8) De que forma se tornou conselheiro? (Descrever como foi o processo)

· FUNCIONAMENTO DO CONSELHO

- 1) Qual o objetivo do Conselho Popular de Saúde?
- 2) O que compete legalmente (estatuto) ao CPS? O que vem se concretizando na prática e como isso acontece?
- 3) Quando e como ocorrem as reuniões do Conselho? (frequência, como se define a pauta, entidades que participam, participação ou não de outros grupos organizados da comunidade que não fazem parte do Conselho, etc.)
- 4) Como o Conselho dinamiza sua ação?
- 5) O CPS participa na definição da política de saúde local e municipal? Se sim, de que forma? (Chega a ser consultivo e deliberativo?).
- 6) Quais as principais ações do CPS até o presente momento?
- 7) Das ações realizadas você identifica alguma que não seja de sua competência?
- 8) No seu ponto de vista quais as principais lutas e conquistas do conselho?
- 9) Quais as principais dificuldades do CPS?
- 10) Para você, a prática dos CPS é necessária? Se sim, que sugestões você daria para implementá-las? Se não, que outros grupos organizados da comunidade poderiam incluir os objetivos do CPS nas suas ações?

· SITUAÇÃO DE SAÚDE NA CONCEPÇÃO DO CONSELHEIRO

- 1) O que você entende por saúde?
- 2) Como considera as condições de saúde do bairro?
- 3) Diante das condições de saúde do bairro, como considera a atuação do Conselho? Que ações do Conselho vêm contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população?

4) Na busca de melhoria das condições de saúde, a luta do conselho deve ser apenas no âmbito local (bairro), ou extrapola este âmbito?

• **FORMAÇÃO**

- 1) Durante o seu mandato houve algum tipo de capacitação para conselheiros? Caso afirmativo, quantas atividades foram desenvolvidas, quais os temas tratados, qual a metodologia utilizada e quem organizou?
- 2) No seu ponto de vista a capacitação contribui na atuação do CPS?
- 3) Na sua opinião, qual o papel a ser desempenhado pelo conselheiro e quais as dificuldades encontradas no cumprimento de seu papel?
- 4) Você participou da Conferência Municipal de saúde, e de algum seminário dos CPS?
- 5) Para você é importante a realização de Conferências municipais de Saúde e de Seminários do CPS? Por quê? O que vem dificultando a realização desses fóruns?

• **ARTICULAÇÃO DO CPS COM OUTRAS INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL**

- 1) Existe relação entre Conselho e outras entidades da comunidade? Se sim, de que forma?
- 2) Existe algum tipo de relação entre o Conselho e a População? (mecanismo de comunicação com a população local). Se sim, como ocorre?
- 3) No início da implantação dos CPS não havia muita preocupação com a interação entre esses conselhos e o CMS. Atualmente os CPS têm assento no CMS. Para você, teve alguma mudança após a inclusão de representantes do CPS no CMS?
- 4) O CPS e a equipe de saúde local estabelecem algum tipo de relação com o CMS? Como isso ocorre?
- 5) Existe alguma forma de repasse de informação do que acontece no Conselho Municipal pelo representante dos Conselhos Populares?
- 6) De que forma circulam as informações referentes à municipalidade, à legislação, financiamento do CMS para CLS e deste para a comunidade?

• **RELAÇÃO ENTRE CPS, EQUIPE DE SAÚDE E GESTOR**

- 1) Como se estabelece a relação entre o CPS com a equipe de saúde local? (repasso de informações, discussão dos problemas de saúde, levantamento das necessidades, participação da equipe nas reuniões do Conselho no planejamento das ações de saúde local, etc.)
- 2) Como são definidas as prioridades para a unidade de saúde? (Compra de equipamento, contratação de recursos humanos, ações de saúde, etc). Existe a participação do CPS? Se sim, de que forma?
- 3) No início da implantação dos CPS e em alguns Conselhos até 1998, os Assistentes Sociais da