

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Luta pela Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro

1.ª edição
1.ª reimpressão

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF
2007

© 2006 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessada na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Tiragem: 1.ª edição – 1.ª reimpressão – 2007 – 400 exemplares

Série D. Reuniões e Conferências

Série Cadernos Metropolitanos

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, sala 410

70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-3616 / 3315-3326

Fax: (61) 3322-8377 / 3321-1935

E-mail: gestaoparticipativa@saude.gov.br

Promoção:

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Fórum de Conselhos da Região Metropolitana do Estado do Rio

Janeiro

Organização:

Projeto Conselhos de Saúde e Reforma Sanitária

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Faculdade de Serviço Social

Coordenação:

Maria Inês Souza Bravo

Elaboração:

Andréa Gonzaga de Oliveira – Assistente Social

Carolina de Barros Montanha – Graduanda FSS – Bolsista Estágio Interno

Daniele Brandt – Graduanda FSS / UERJ

Débora de Sales Pereira – Assistente Social – Bolsista de Apoio Técnico CNPq

Ivana Regina Gonçalves Bastos – Assistente Social – Bolsista de Apoio Técnico Faperj

Juliana Fiúza Cislighi – Graduanda FSS – Bolsista Estágio Interno

Juliana Souza Bravo de Menezes – Assistente Social

Maria Inês de Souza Bravo – Docente FSS / UERJ

Mary Jane Teixeira – Docente FSS / UERJ

Maurílio Castro de Matos – Docente FSS / UERJ

Matheus Thomaz da Silva – Graduando FSS – Bolsista Extensão

Kátia Rodrigues da Silva – Assistente Social

Mariana Maciel do N. Oliveira – Assistente Social

Rosane Santos de Carvalho – Graduanda FSS – Bolsista Extensão

Rose Santos Pedreira – Assistente Social

Rosimere Valentim de Souza – Graduanda FSS – Bolsista Pibic/CNPq

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Luta pela saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

96 p. : il. color. – (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos)

ISBN 85-334-1293-2

1. Serviços de saúde. 2. Saúde pública. 3. Estatísticas de saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 540

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0147

Títulos para indexação:

Em inglês: Struggle to Defend Health in the Metropolitan Region of Rio de Janeiro

Em Espanhol: Lucha por la Salud en la Región Metropolitana de Rio de Janeiro

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe Editorial:

Normalização: Vanessa Kelly Leitão

Revisão: Lilian Assunção e Vânia Lucas

Editoração: Sérgio Ferreira

Ilustração da capa: Gleidson Azevedo

SUMÁRIO

Listas de Quadros, Gráficos e Tabela	5
Listas de Siglas.....	7
Apresentação.....	11
1 Lutas pela Saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.....	13
1.1 Considerações Iniciais	13
1.2 A Conjuntura Nacional	15
1.3 A Luta por Saúde na Região Metropolitana I	18
1.3.1 Município do Rio de Janeiro.....	18
1.3.2 A Baixada Fluminense.....	22
1.4 A Luta por Saúde na Região Metropolitana II	27
1.4.1 Município de Niterói.....	27
1.4.2 Município de São Gonçalo	30
1.5 Algumas Reflexões.....	34
2 O Controle Social na Saúde no Estado do Rio de Janeiro.....	35
2.1 Apresentação	35
2.2 O Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro	35
2.2.1 Processo de Criação.....	35
2.2.2 Composição do Conselho	38
2.3 As Conferências Estaduais de Saúde.....	39
2.3.1 A Periodicidade das Conferências	39
2.3.2 As Conferências Estaduais de Saúde	39
2.4 Balanço das Atividades Realizadas pelo Conselho	41
2.4.1 Gestão 1993/1996	41
2.4.2 Gestão 1996/1999	42
2.4.3 Gestão 1999/2001	44
2.5 Deliberações do CES/RJ	46
2.5.1 Deliberações do CES/RJ Homologadas pelo Secretário Estadual de Saúde	46
2.5.2 Deliberações do CES/RJ Não Homologadas pelo Secretário Estadual de Saúde.....	46
2.6 Considerações Finais	48
3 Conselhos e Comissões de Políticas e Direitos Existentes no Estado do Rio de Janeiro.....	51
3.1 Considerações Iniciais	51
3.2 Objetivo da Pesquisa	52
3.3 Metodologia	52
3.4 Resultados	53
3.5 Considerações Finais	59

4	Conselhos Gestores de Unidades de Saúde	61
4.1	Apresentação	61
4.2	Importância dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde.....	62
4.3	Caracterização dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde (CGUS) ...	62
4.4	Conselhos Gestores de Unidades no Município de Duque de Caxias	63
4.4.1	Finalidades e Atribuições	63
4.4.2	Análises desses Espaços.....	64
4.5	Elementos de Reflexão com Relação aos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde.....	65
5	Perfil dos Conselheiros de Saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro ..	67
5.1	Apresentação	67
5.2	Perfil dos Conselheiros de Saúde da Região Metropolitana I: Baixada Fluminense	67
5.2.1	Considerações Iniciais.....	67
5.2.2	Dados Institucionais da Amostra	68
5.2.3	Dados Pessoais dos Conselheiros	70
5.2.4	Participação em Movimentos Sociais.....	72
5.3	Perfil dos Conselheiros de Saúde da Região Metropolitana II	74
5.3.1	Considerações Iniciais.....	74
5.3.2	Dados Institucionais da Amostra	74
5.3.3	Dados Pessoais dos Conselheiros	75
5.3.4	Participação em Movimentos Sociais.....	77
5.4	Algumas Reflexões.....	78
6	Consórcios de Saúde	81
6.1	Introdução	81
6.2	Consórcios de Saúde: Caracterização Geral.....	82
6.3	Experiências de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro	84
6.4	O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF)...	85
6.5	Algumas Considerações Relativas às Diversas Propostas Analisadas sobre Consórcios	87
	Referências bibliográficas	91

LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELA

TABELA 1 – Conselhos de Política de Direitos do Estado do Rio de Janeiro	54
GRÁFICO 1 – Caráter dos Conselhos.....	55
GRÁFICO 2 – Caráter dos Conselhos.....	56
GRÁFICO 3 – Caráter dos Conselhos.....	56
GRÁFICO 4 – Realização de Conferências	57
GRÁFICO 5 – Ano de Criação	58
QUADRO 1 – Conselheiros Distribuídos por Segmento	68
GRÁFICO 6 – Conselheiros Distribuídos por Condição	69
GRÁFICO 7 – Conselheiros Distribuídos por Idade.....	70
GRÁFICO 8 – Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade	71
GRÁFICO 9 – Conselheiros Distribuídos por Sexo.....	71
QUADRO 2 – Experiência dos Conselheiros em Movimentos Sociais	72
QUADRO 3 – Movimentos Sociais em que os Conselheiros têm Experiência.....	73
QUADRO 4 – Entidades Representadas pelos Usuários e Trabalhadores de Saúde.....	73
QUADRO 5 – Conselheiros Distribuídos por Segmento	75
GRÁFICO 10 – Conselheiros Distribuídos por Condição	75
GRÁFICO 11 – Conselheiros Distribuídos por Idade.....	76
GRÁFICO 12 – Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade	76
GRÁFICO 13 – Conselheiros Distribuídos por Sexo.....	77
QUADRO 6 – Experiência dos Conselheiros em Movimentos Sociais	77
QUADRO 7 – Movimentos Sociais em que os Conselheiros têm Experiência.....	78
QUADRO 8 – Entidades Representadas pelos Usuários e Trabalhadores de Saúde.....	78

LISTA DE SIGLAS

ABI – Associação Brasileira de Imprensa
ABM – Amigos da Bairros de Meriti
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS – Ações Integradas da Saúde
ALERJ – Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
AP – Área Programática
ARENA – Aliança Renovadora Nacional
ARERJ – Associação de Renais Crônicos do Estado do Rio de Janeiro
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
CEAS – Conselho Estadual de Assistência Social
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDECA – Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente
CEDIM – Conselho Estadual dos Direitos da Mulher
CES/RJ – Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
CGT – Confederação Geral dos Trabalhadores
CISAP – Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto Paraopeba
CISBAF – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense
CISMEP/MG – Consórcio Intermunicipal do Médio Paraopeba
CISMEPA/RJ – Consórcio Intermunicipal da Região Médio-Paraíba
CGUS – Conselhos Gestores de Unidades de Saúde
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CONAM – Coordenação Nacional de Associações de Moradores
CONCLAT – Conferência Nacional das Classes Trabalhadoras
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
CRAIS – Centro Regional de Atendimento Integral a Saúde
CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CRF – Conselho Regional de Farmácia
CRFO – Conselho Regional de Fonoaudiologia
CRN – Conselho Regional de Nutricionistas
CRPSI – Conselho Regional de Psicologia

CUT – Central Única dos Trabalhadores
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENCLAT – Encontro da Classe Trabalhadora do Rio de Janeiro
FAAPERJ – Federação das Associações de Aposentados do Estado do Rio de Janeiro
FAFERJ – Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro
FAMERJ – Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro
FAMNIT – Federação das Associações de Moradores de Niterói
FAPERJ – Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FASE – Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional
FBH – Federação Brasileira de Hospitais
FETAG – Federação dos Trabalhadores na Agricultura
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FSS – Faculdade de Serviço Social
GEL's – Grupos Executivos Locais
IBAM – Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBASE – Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
MAB – Movimentos Amigos de Nova Iguaçu
MDB – Movimento Democrático Brasileiro
MS – Ministério da Saúde
MUB – Movimentos União dos Bairros de Duque de Caxias
NOB – Norma Operacional Básica
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
PAM – Posto de Assistência Médica
PDS – Partido Democrático Social
PDT – Partido Democrático Trabalhista
PESB – Programa Especial de Saúde para Baixada
PFL – Partido da Frente Liberal
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PT – Partido dos Trabalhadores
RJ – Rio de Janeiro
SASERJ – Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro
SATEMRJ – Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Município do Rio de Janeiro

SEDEC – Secretaria de Estado da Defesa Civil
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SINDENF/RJ – Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro
SINDHERJ – Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Rio de Janeiro
SINDPSI – Sindicato dos Psicólogos do Estado do Rio de Janeiro
SINDSPREV – Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social
SINERJ – Sindicato dos Nutricionistas do Estado do Rio de Janeiro
SINFERJ – Sindicato dos Fonoaudiólogos
SINMED – Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro
SMDS – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UCB – União dos Cegos no Brasil
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF – Universidade Federal Fluminense
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UnB – Universidade de Brasília
UNICAMP – Universidade de Campinas
UNIG – Universidade Iguazu
UNIGRANRIO – Universidade do Grande Rio

APRESENTAÇÃO

Este caderno tem por objetivo fornecer subsídios para reorganizar o Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, tendo como eixo central a gestão democrática na Saúde.

Nesta perspectiva, vai se retomar as discussões, os debates e as lutas acumulados desde os anos 80 na região, para iluminar as ações necessárias a serem desenvolvidas na atualidade e para a elaboração dos planos regionais de saúde.

Está dividida em seis itens:

O primeiro aborda as lutas pela saúde na Região Metropolitana enfatizando os processos ocorridos tanto na Região Metropolitana I, envolvendo a Baixada Fluminense e o Município do Rio de Janeiro, quanto na Região Metropolitana II.

O segundo enfoca o controle social na saúde no Estado do Rio de Janeiro analisando o processo de formação do Conselho Estadual de Saúde e as Conferências Estaduais de Saúde.

O terceiro aborda os conselhos e comissões de políticas e direitos existentes no Estado do Rio de Janeiro com o objetivo de dar uma visão geral desses espaços a fim de possibilitar a articulação com os Conselhos de Saúde.

O quarto enfatiza o controle social em nível local, destacando a importância dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde, e apresenta uma análise preliminar da experiência dos Conselhos Gestores do Município de Duque de Caxias, realizada em 1999.

O quinto demonstra o perfil dos conselheiros de saúde da Região Metropolitana I – Baixada Fluminense e da Região Metropolitana II. Considera-se importante conhecer o perfil dos conselheiros de saúde para identificar os limites e as possibilidades desta composição com a finalidade de traçar estratégias de fortalecimento dos conselhos de saúde.

No sexto item vai se refletir sobre a proposta de consórcios de saúde e suas diversas modalidades. Procurar-se-á também dar uma visão dos consórcios existentes no Estado do Rio de Janeiro e, no final, levantar algumas reflexões.

1 LUTAS PELA SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO¹

Maria Inês Souza Bravo
Mary Jane de Oliveira Teixeira
Mariana Maciel do N. Oliveira
Rose Santos Pereira
Matheus Thomaz da Silva

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Para melhor entendimento acerca das lutas travadas na área da Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro e da importância dos conselhos de saúde, faz-se imprescindível uma análise do cenário e do contexto em que elas ocorrem e quais os sujeitos sociais envolvidos.

Segundo Jacobi (1993), o Estado se configura como a condensação de uma relação de forças sociais, expressando, portanto, as contradições de classe. O Estado possui um campo de ação privilegiado, porém a sociedade civil, por sua força numérica e vital na produção social, pode ter uma ação mais ou menos agressiva no projeto de transformação social.

Entender isso é perceber o Estado como um espaço de disputa e se fazer presente nesse espaço é essencial para a garantia e a conquista de direitos. Em uma sociedade onde as classes fundamentais possuem projetos antagônicos e as classes trabalhadoras encontram-se em desvantagem em relação à burguesia, inclusive no que se refere ao uso do aparelho do Estado, deve-se estar atento para a importância da apropriação dos canais democráticos institucionais de participação, tais como os conselhos.

A partir dessa breve exposição, espera-se reafirmar a importância do aprofundamento do controle social, rumo a uma real democratização da saúde, caminhando na direção contrária ao projeto privatista neoliberal, em que os direitos sociais são cada vez mais reduzidos.

O Estado não mais pode ser concebido como uma entidade monolítica a serviço de um projeto político invariável, mas deve ser visualizado como um sistema em permanente fluxo, internamente diferenciado, sobre o qual repercutem também diferencialmente demandas e contradições da sociedade civil. (OSZLAK apud JACOBI, 1993, p. 5).

Enfim, reafirma-se a importância dos conselhos de saúde nas diversas esferas como fontes de exercício do controle social e de participação. Os movimentos populares urbanos fizeram surgir uma identidade que se concretiza a partir da construção co-

¹ Texto elaborado pela equipe do Projeto “Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro”, da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – FSS/UERJ.

letiva de uma noção de direitos que, relacionada diretamente com a ampliação do espaço de cidadania, dá lugar ao reconhecimento público das questões sociais.

O final da década de 70 e início da década de 80 foram marcados por forte mobilização política da sociedade civil, devido ao quadro sociopolítico da época. Era um momento de repressão e de aumento da pobreza. O movimento popular que lutava contra o autoritarismo do regime militar cresceu significativamente. “Reivindicava-se a aplicação dos recursos públicos em infra-estrutura de água e esgoto, construção de moradias, equivalência salarial na prestação da casa própria, regularização e urbanização dos loteamentos, saúde pública e liberdade política” (PORTO, 1995, p. 59).

Outro aspecto importante nesse período, como ressalta Bravo (1996b), foi o processo de mobilização dos profissionais de saúde em torno dos interesses coletivos, com a participação das entidades representativas.

Nesse momento, havia toda uma discussão acerca da questão da saúde, contribuindo para a ampliação do tema para os mais diversos movimentos populares.

Havia uma tensão permanente. A saúde era “disputada” entre os que tinham um interesse capital e mercantil de privatização e os que lutavam a favor da sua democratização, em defesa de uma política nacional de saúde pública de qualidade.

Segundo Bühr (1998), a renovação da democracia não se limita ao exercício das liberdades públicas e à escolha dos governos, mas exige o domínio coletivo do conjunto das condições sociais de existência não só no trabalho, mas também fora dele.

A saúde continua, na segunda metade da década de 80, sendo palco de disputa pelos diferentes projetos políticos, mesmo no período da Nova República (Presidente José Sarney, 1985-1990), onde a saúde foi a área em que as forças progressistas conseguiram, em um primeiro momento, algum poder, ocupando um espaço institucional/governamental.

A 8.^a Conferência Nacional de Saúde (1986) foi um marco devido à elaboração mais ampla do conceito de saúde que o País já teve, e foi o espaço de elaboração do Sistema Único de Saúde.

Por isso, a história de luta pela saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro continua sendo tão atual e necessária. Para se entender este processo de luta, faz-se necessário, inicialmente, entendermos a conjuntura nacional.

1.2 A CONJUNTURA NACIONAL

Este item vai se referir ao período da abertura política até os anos 2000.

“Abertura política” (1979 a 1985)

O País se encontrava no fim da ditadura militar, instaurada por golpe em 1964, e vinha sofrendo inúmeros desgastes, por conta do longo tempo de governo militar, pela queda dos indicadores de crescimento econômico e pela grande insatisfação de diferentes segmentos da sociedade. Era o fim do chamado “milagre econômico”, e cresciam as denúncias de torturas nos porões da ditadura, com destaque para o caso Vladimir Herzog, em 1975.

Em 1979 foi aprovada no Congresso a Lei da Anistia, que concedia anistia ampla, geral e irrestrita. Esse processo iniciou o que, posteriormente, viria a se chamar de abertura lenta, segura e gradual. O golpe final sobre a ditadura foi a campanha pelas “diretas já”, em 1984.

No cenário político, até o ano de 1979, o País se organizava no sistema bipartidário. Existiam a Aliança Renovadora Nacional (Arena), situação, e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), oposição, que após a Lei Orgânica dos Partidos, do mesmo ano, passariam a se chamar Partido Democrático Social (PDS) e Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). É importante também citar a fundação do Partido dos Trabalhadores (PT), em 1981, que teve como principal origem as greves dos metalúrgicos do ABC, em 1979.

Em relação ao movimento sindical, foi realizada, em 1981, a 1.^a Conferência Nacional das Classes Trabalhadoras (Conclat). A proposta da conferência era a criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), o que acabou não acontecendo por conta das divergências entre as duas principais tendências que atuavam no movimento: a oposição sindical, ligada ao novo sindicalismo e ao PT, e a unidade sindical, que era influenciada pelos partidos comunistas e outras tendências ligadas ao PMDB.

Os movimentos sociais urbanos começavam a se ampliar na década de 80 e as principais manifestações aglutinavam as associações de moradores, movimentos feminista e negro, além de outros. As principais reivindicações se davam para a melhoria do transporte de massas e das condições de saúde (BRAVO, 1996b).

Foi nesse contexto que surgiu o movimento de Reforma Sanitária, inspirado na Reforma Sanitária italiana, e que tinha como principal característica o fato de ser suprapartidário. O movimento de Reforma Sanitária apresentava algumas propostas como democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e na equidade das ações. Sua premissa básica era a saúde: um direito de todos e um dever do Estado (BRAVO, 2001).

“Nova República” (1985 a 1990)

Começa um novo período histórico: a transição para a democracia.

A campanha pelas “diretas já” foi derrotada com a eleição realizada pelo colégio eleitoral, formado pelo Congresso Nacional, do novo presidente. No entanto, esse movimento produziu alguns abalos na cúpula do governo militar. É formada a Aliança Democrática, composta pelo PMDB e o recém-criado Partido da Frente Liberal (PFL), oriundo de uma divisão no PDS, que tinha na figura de Tancredo Neves, um dos participantes na defesa das “diretas já”, um compromisso com algumas mudanças necessárias ao País. No colégio eleitoral, Tancredo derrotou Paulo Maluf, candidato da ditadura.

Entretanto, com a morte de Tancredo e a eventual posse de seu vice, José Sarney, do PFL, alguns problemas vieram à tona. Segundo Bravo (1996b, p. 62), um problema é que “a tradição política de José Sarney não o credenciava para ser o representante das forças democráticas e populares que participaram do pacto”.

Bravo (1996b, p. 64) caracteriza que: “a conjuntura inicial foi palco de embates entre as forças políticas e sociais que lutavam para ampliar e aprofundar o processo de transição à democracia e àquelas que desejavam impor e preservar a antiga institucionalidade”. Em relação ao movimento sindical, em meados de 1987, houve uma crise na Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT), que se dava entre os defensores do “sindicalismo de resultados”, que seguia orientação do modelo norte-americano e a corrente sindical classista, de orientação mais de esquerda, com destaque nesse grupo para os partidos comunistas que mais tarde acabou se incorporando à CUT.

Neste contexto, em 1985, foi marcada pelo Presidente da República, a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, que, no entanto, somente foi realizada em 1986. Essa conferência representava um marco na luta pela saúde no Brasil, articulando um amplo campo e contando com a participação de cerca de 4.500 pessoas, entre elas, mil delegados. Os setores ligados ao empresariado não participaram desta conferência em protesto ao princípio da saúde como um direito de todos e um dever do Estado. O conceito de saúde aprovado na Conferência foi:

É a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 382 apud BRAVO, 1996b, p. 77).

A 8.^a Conferência Nacional de Saúde introduziu a sociedade civil definitivamente no debate político da saúde, tomando, assim, grandes proporções com a participação da sociedade civil organizada e representada por associações de moradores, partidos políticos, parlamento, sindicatos, etc.

Como desdobramento, houve a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), em que se presenciou uma tensão entre o movimento sanitário e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), tendo como principal polêmica: o fortalecimento do setor público da saúde *versus* a privatização do sistema.

Um fato de extrema importância, acontecido nesse período, foi a promulgação da Constituição Federal, em 1988, onde o setor Saúde conseguiu vitórias fundamentais no sentido de ampliar os direitos do cidadão. Além disso, esse foi o único texto aprovado por meio de emenda popular. Assim, na década de 80, com a abertura lenta e gradual, se consegue, com a mobilização, ampliar a participação popular.

O texto constitucional foi inspirado no movimento sanitário e tem como principais pontos:

- O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- A constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção a instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviço far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais (BRAVO, 1996b, p. 81-82).

Anos 1990 e 2000

O final do século XX não foi dos melhores para o movimento social brasileiro, após muitas vitórias e mobilizações. O começo da década de 90 se deu com a derrota eleitoral do projeto democrático popular, que unia todos os setores que lutaram contra a ditadura, setores estes que construíram os avanços inscritos na Constituição de 1988. A frente eleitoral encabeçada pelo PT é derrotada por Fernando Collor de Mello, ligado às oligarquias e àqueles que sustentaram o regime autoritário. Assim, todas as vitórias conquistadas dependiam dos conservadores para serem implementadas.

O Governo Collor é marcado por retrocessos iniciados no final do Governo Sarney, como: redução de verbas nos setores sociais. Neste período, não há vontade política para implementar o SUS já que o Governo Federal não apresenta um projeto de política de saúde.

Presencia-se, neste período, a implantação do neoliberalismo no País. As forças populares ainda tentaram resistir, tendo à frente os estudantes cara-pintadas que foram às ruas e forçaram o *impeachment* de Collor.

O breve Governo Itamar, no que diz respeito à saúde, mostrou-se inclinado a seguir as medidas progressivas, no seu primeiro momento, com a nomeação de Jamil Haddad para o Ministério da Saúde. Já no segundo momento, a saúde, sob a gestão de Henrique Santillo, não apresentou avanços.

A Era Fernando Henrique Cardoso (FHC) é caracterizada pelo aprofundamento das políticas neoliberais e a ênfase nas privatizações. As áreas da Saúde e da Educação são sucateadas.

Em 2002, Lula foi eleito presidente do País, na esperança de mudanças. Há um início de bons ventos na saúde, com a nomeação de profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária e a criação de secretarias, como a de gestão participativa e de gestão do trabalho no segundo escalão do Ministério da Saúde. Destaca-se também a convocação da 12.^a Conferência Nacional da Saúde, que contou com a presença do Ministro Humberto Costa. Porém, a manutenção da política econômica e o aprofundamento do ajuste fiscal têm dificultado a viabilização de muitas propostas.

1.3 A LUTA POR SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA I

Neste item destacam-se os movimentos ocorridos na Saúde no Município do Rio de Janeiro e na Baixada Fluminense.

1.3.1 Município do Rio de Janeiro

O Município do Rio de Janeiro com toda sua grandeza – expressa por suas proporções gigantescas: uma população de 6.094.182 habitantes, uma área geográfica de 1.182,296 Km² e uma densidade demográfica de 5.155 hab/Km² – tem uma população formada por adultos, em sua maioria, empregada no comércio, e com um crescimento no número de idosos.

O Rio de Janeiro tem grande importância no cenário político nacional e na condição de ex-capital federal (1763-1960), reflete os principais embates ocorridos na história de nosso País, não sendo diferente na questão da saúde.

A história das lutas pela saúde no Município do Rio de Janeiro será analisada utilizando recortes que abrangem os períodos desde o final da década de 70, as décadas de 80 e de 90 e até os dias atuais, privilegiando os principais sujeitos sociais, movimentos sindicais e populares, intelectuais e demais ativistas envolvidos.

No Rio de Janeiro, no final dos anos 70, começavam a despontar os movimentos populares. Em 1980, “havia cerca de 200 associações de bairro e 350 associações de favelas” (BOSCHI; VALLADARES, 1987 apud BRAVO, 1996b, p. 52). Foi criada, então, a Coordenação Nacional de Associações de Moradores (Conam), como referência em nível nacional dessas reivindicações.

A luta pela saúde tem como marco o 1.º Encontro Popular pela Saúde, realizado em setembro de 1980, na Cidade de Deus. Este encontro foi organizado pela Federação de Associação de Moradores do Rio de Janeiro (Famerj), em articulação com o Sindicato dos Médicos (Sinmed) e outras entidades de saúde, entre elas o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

O encontro reuniu em torno de 3.000 participantes que vinham de 100 comunidades. É importante também destacar a participação das secretarias municipais e estaduais de saúde, da pastoral da saúde, das entidades estudantis, dos partidos políticos, entre outros atores. É a partir deste encontro que no movimento popular começa a desenvolver uma concepção mais ampla de saúde, inclusive apontando que a concentração de renda gera uma elite privilegiada que concentra também a saúde.

Os objetivos centrais deste encontro eram:

- Efetivar a troca de experiências de diversas comunidades na luta pela saúde; e
- Aglutinar os esforços numa grande manifestação a fim de pressionar o Governo para ver atendidas as reivindicações das várias associações de moradores de bairro e favela (BRAVO, 1996b, p.173).

O encontro da Cidade de Deus gerou outros momentos como o Encontro Estadual de Favelas, que ocorreu em 1981, com a participação de cerca de 10 mil moradores das favelas. Este encontro teve como principal proposta ligada à saúde a luta pela destinação de 3% do orçamento estadual para as favelas o que objetivava solucionar problemas de infra-estrutura, assistência médica e posse de terra.

Neste período, também ocorre a histórica greve dos médicos, onde foi promovido o Dia Nacional de Protesto, em 6 de maio de 1981, que envolveu cerca de 60 mil médicos de todo o País. Embora esse movimento tivesse um cunho corporativista, assumido no início da luta, apareceram também bandeiras mais amplas na questão da saúde. Daí em diante, a relação entre saúde e democracia passou a ser colocada constantemente (BRAVO, 1996b).

No movimento sindical, a temática passou a ser também discutida e incorporada à pauta de reivindicações com o Encontro da Classe Trabalhadora do Rio de Janeiro (Enclat), que se realizou em 1981 e cujo posicionamento foi pela mudança radical da Política Nacional de Saúde. Ressalta-se que propostas semelhantes foram aprovadas na Conferência Nacional das Classes Trabalhadoras (Conclat).

Um outro fato importante é que, nas eleições de 1982, a oposição conquistou vitória em várias eleições estaduais. No Rio de Janeiro, a vitória foi de Leonel Brizola, do Partido Democrático Trabalhista (PDT), que indicou para prefeito da cidade Jamil Haddad, que tinha vínculos com o movimento social, mas que deixou o cargo alguns meses depois por discordâncias partidárias. Dessa forma, quem assume é Marcelo Alencar, do mesmo partido de Brizola.

Em meio a todos esses acontecimentos, a primeira conquista de participação institucional do movimento de luta pela saúde são os Grupos Executivos Locais (GEL's), embriões dos conselhos distritais e que aparecem a partir da divisão do Município do Rio de Janeiro em áreas programáticas. Esses grupos funcionavam como uma estrutura não centralizada e tinham como intento gerir e administrar o convênio das Ações Integradas da Saúde (AIS) com o Inamps. Compunham os GEL's: representantes das associações de moradores e diretores das instituições.

Um problema para o qual é interessante chamar a atenção é que as AP's estão longe de se constituírem distritos sanitários, segundo a concepção proposta na 8.^a Conferência Nacional de Saúde.

O Distrito Sanitário deveria propiciar a mudança das práticas sanitárias, tendo como base um território. O Distrito Sanitário seria a menor unidade territorial com autonomia para definir, planejar, organizar, gerir e executar as ações de saúde dirigidas à população. Nesta concepção o território é visto como um espaço dinâmico, em permanente construção, fruto de relações políticas, econômicas, culturais e epidemiológicas. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

Em 1986, as entidades retomaram as lutas num contexto mais global e criaram o Fórum Popular pela Saúde que tinha como principal diretriz: O Direito à Saúde como Fundamental. As principais entidades que apoiavam esse fórum eram: Famerj, ABI, OAB, Conselho Regional de Medicina (Cremerj), Sindicato dos Médicos RJ, Associação de Médicos Residentes, Associação dos Servidores do Hospital da Posse, do Hospital da Lagoa, do Hospital Souza Aguiar, do Hospital Albert Schweitzer e da Maternidade Municipal, Federação das Associações dos Aposentados e Pensionistas do Rio de Janeiro, Comissão de Saúde e Segurança do Trabalhador da CUT e Ibase. (BRAVO, 1996b).

O Fórum Popular pela Saúde estabeleceu como pontos básicos para sua atuação:

- A defesa da saúde pública e de uma política permanente que vise dar ao homem o direito de receber do Estado serviços de saúde, e o dever do Estado de prestar esse serviço.
- A luta pelos seguintes objetivos: trabalho em condições dignas, com o controle pelos trabalhadores sobre processos e ambientes de trabalho, alimentação digna; transporte seguro e acessível; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; elaboração de um plano geral de saneamento para instalação de redes de água e esgoto em vilas, bairros e cidades do estado; implantação de educação comunitária; defesa de uma política de ocupação do solo, entre outras.
- A promoção de trabalho de pesquisa, elaboração de projetos, e participação em congressos e seminários, junto às instituições públicas (BRAVO, 1996b, p. 180).

Neste fórum iniciou-se a realização do II Encontro Popular pela Saúde, que se realizou no final de 1987 e reuniu cerca de 250 participantes. Este encontro centrou-se nos seguintes temas: saúde do trabalhador, participação popular, reforma sanitária, saúde mental e saúde da mulher. Entre os participantes estavam agentes de saúde, representantes de conselhos populares e de entidades da sociedade civil, profissionais de saúde e organizações populares ligadas à luta pela saúde.

Um outro elemento importante é que, em 1986, foi eleito Prefeito do Rio de Janeiro, Saturnino Braga, que tinha um histórico de lutas. Foi o primeiro prefeito eleito pelo voto direto na cidade. Essa eleição mostrou que, naquele momento, havia maior politização da população carioca, resultante da mobilização e influência dos movimentos populares que fervilharam nos anos 80.

Uma conquista da década anterior foi a proposta dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), como mecanismos de democratização. A criação do CMS no Rio se dá em julho de 1991, fruto da pressão do movimento social.

Em 1992/1993 foi decretada calamidade pública na saúde pelo então Ministro da Saúde do governo Itamar Franco, Jamil Haddad. O Ministério criou uma comissão para elaborar um plano de emergência para o Estado do Rio de Janeiro, em 1993. O plano ficou pronto em setembro do mesmo ano, mas não foi colocado em prática, pois coincidiu com a queda do ministro que havia solicitado sua formulação.

Como em todo o País, o refluxo do movimento social também atingiu o Rio de Janeiro, nos anos 90, com o enfraquecimento das associações de moradores e demais movimentos sociais urbanos.

No ano de 2001 foi apresentado um relatório da Comissão Especial de Saúde da Alerj acerca da situação da saúde do Município do Rio de Janeiro, cujo presidente era o Deputado Paulo Pinheiro (PT). Esse relatório destacou alguns aspectos importantes sobre os serviços de saúde da cidade:

- Deterioração da qualidade dos serviços;
- Insatisfação dos usuários com os serviços prestados;
- Problemas nas emergências – iniciados no início de 2001;
- Excessivo número de mortes de gestantes e recém-nascidos na Zona Oeste;
- Fechamento de Postos de Saúde.

Este relatório ainda teve como principais desdobramentos uma audiência pública na Alerj, em junho de 2001, bem como a preparação de relatório da situação, que foi enviado ao Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, prefeito da cidade e Conselho Municipal de Saúde.

O giro conservador também é percebido nas urnas, primeiro com a eleição de Marcelo Alencar, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), para a gestão 1998-1992 e que iniciou as privatizações no município. E, posteriormente, com as três eleições de César Maia, do Partido da Frente Liberal (PFL) para prefeito – gestão 1992-1996; 2000-2004; 2004-2008, sendo as duas últimas antecedidas por uma gestão de Luiz Paulo Conde, do PMDB, gestão 1996-2000, que, naquele momento, era vice-prefeito.

Na atualidade, o movimento de saúde da Cidade do Rio de Janeiro é reavivado e retorna às ruas para protestar contra a política de saúde do Prefeito César Maia. Após uma requisição feita pelo Governo Federal de sete hospitais e a perda por parte da prefeitura da gestão plena da saúde, tenta-se rearticular o movimento sanitário do município. Houve uma primeira manifestação que teve participação de alguns sindicatos da área da Saúde, dos conselhos distritais, municipais e estadual, entidades estudantis além de outros setores organizados que lutam em defesa da saúde.

1.3.2 A Baixada Fluminense

A Baixada Fluminense caracterizou-se, desde os princípios de sua ocupação, por constantes transformações que, embora a distinguissem como um importante centro agrícola, não foram suficientes para que ela se desenvolvesse a ponto de se tornar um centro polarizador da região.

Os primeiros registros que se referem à posse da região reportam-se aos primórdios da colonização portuguesa no Brasil.

A excepcionalidade do relevo e do solo da Baixada, além do seu clima e da sua hidrografia a desaguar na Baía de Guanabara, exerceram forte atração sobre os portugueses que ali se instalaram dando início à sua colonização.

Desde o primeiro século de sua ocupação, as terras da Baixada mostraram seu potencial de grande produtora açucareira, potencial que foi explorado, sobretudo, pelo fato de a região estar próxima do porto.

Ao mesmo tempo em que os canais iam se expandindo, excepcionalmente os proprietários dessas áreas de plantio, pela utilização da força de trabalho escravo, também foram se firmando financeiramente, vindo a se constituir numa sólida burguesia agrária.

Apesar de os caminhos se apresentarem como elos fundamentais na mediação das relações entre capital e interior, e de muitas vilas serem importantes áreas de produção açucareira e cafeeira, a paisagem física sofreu pouquíssimas transformações não se revelando, em tempo algum, alvo de risco ou de ameaça à situação de privilégio gozada pelo Rio de Janeiro.

Com o passar do tempo e pela concepção da elite da época, não poderiam existir dois grandes pólos econômicos tão próximos e, como o urbano regulava o rural, a região da Baixada estava irremediavelmente impedida de se estabelecer como centro de expressão, enquanto o Rio de Janeiro crescia como centro industrial, comercial, administrativo, político e cultural.

Se antes os rios e os caminhos eram os elementos de integração da antiga região com a Capital, o surgimento da via férrea assumiu a importante tarefa de acelerar sua expansão.

Em 1858, foi inaugurado o primeiro trecho da Estrada de Ferro Dom Pedro II, ligando a Freguesia de Santana a Queimados. Nesse mesmo ano, também passou a funcionar a estação de Maxambomba (hoje Nova Iguaçu). No entanto, a instalação das linhas férreas na Freguesia de Nossa Senhora do Pilar (hoje Duque de Caxias) e São João Batista de Meriti só vieram a ocorrer, respectivamente, em 1886 e 1898.

Enquanto Maxambomba deslanchava a reboque da ferrovia, Duque de Caxias e São João de Meriti – vilas estabelecidas ao longo dos caminhos e principais hidroviás, pelos quais escoavam seus produtos para o porto do Rio – permaneciam estagnadas, só vindo a se projetar, em termos de importância, quando também se beneficiariam com o aparecimento dos trilhos ferroviários.

A transformação do espaço urbano, um dos imperativos para a nascente industrialização do País, concorreu para que as antigas zonas rurais ganhassem nova conformação, novo desenho como conseqüência natural dos novos tempos. Por essa óptica, o maior entrave à expansão urbana concentrava-se na crescente insalubridade da maior parte das terras da Baixada, o que retardava os propósitos dos governantes: essa região, apesar da sua relevância durante todo o período colonial, não foi projeto de estudos minuciosos acerca do regime do curso de suas águas, das sérias conseqüências advindas dos problemas fisiográficos e da proliferação de doenças, especialmente as endêmicas.

Como essa região se fazia indispensável para que se cumprissem os objetivos da época, os empecilhos da natureza teriam de ser erradicados. O vigoroso dinamismo industrial que se desencadeia a partir de 1930 depende da incorporação das terras da Baixada à paisagem da metrópole, pois lá estavam as possíveis áreas de moradia dos trabalhadores e de instalação industrial. Essa complexa qualidade deveria ter sido fortalecida pelas obras de saneamento (em 1936) da parte noroeste da Baixada, executadas no governo Nilo Peçanha. No entanto, por ter sido atendida uma área muito restrita, não se conseguiu resolver os inúmeros problemas que lá existiam em decorrência principalmente da insalubridade.

Por outro lado, a consolidação das ferrovias e, mais tarde, das rodovias, como a Rodovia Presidente Dutra (inaugurada em janeiro de 1951), vai concorrer para transformar aquele espaço numa importante área de especulação imobiliária, dando-lhe, definitivamente, o foro de pólo alternativo da expansão física do Rio de Janeiro.

É importante frisar que, se hoje a Baixada alcança um índice alarmante de ocupação, essa veio se instalando gradualmente e em conformidade com a presença de condicionantes impulsionadores da densidade na região, tais como a facilidade de aquisição de lotes e as dificuldades de habitação na Metrópole.

A total ausência de controle público sobre o crescimento periférico, revelando total cumplicidade governamental com os especuladores dos assentamentos urbanos, é um dos elementos que pode ser assinalado como facilitador do caráter excludente e segregador das populações moradoras da Baixada.

Para além das necessidades físicas, os municípios da Baixada Fluminense ainda têm que combater o imaginário formado a partir da história oficial que, muitas vezes, reproduz a idéia na qual os protagonistas dessa história não fazem parte dela, não a constroem, apenas a contemplam como simples espectadores, como se não sofressem nas suas reais condições de vida.

A partir das necessidades enfrentadas pela população, os moradores se uniram para reivindicar melhorias, mesmo sendo grupos de moradores consideravelmente pequenos, lutavam por melhorias na infra-estrutura. Esse é o quadro de lutas nas décadas de 50 e 60 na Baixada Fluminense.

Com o passar dos anos, a organização desses grupos se fortaleceu e ficou mais madura. No cenário da Baixada Fluminense, a Igreja Católica foi uma das principais responsáveis pela organização nos bairros e serviu como impulsionadora desses movimentos, disponibilizando espaços físicos, sua infra-estrutura e seus funcionários, além de utilizar uma pedagogia de forte apelo popular. Além da Igreja, também tiveram grande importância os grupos de esquerda identificados com o pensamento marxista, alguns partidos políticos e entidades que prestavam assessoria a esses movimentos, como a Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional (Fase) e as universidades públicas.

O quadro sociopolítico no Brasil, nessa época, influenciou na organização dos movimentos populares urbanos e despontou novas forças políticas no plano local.

Nos anos 80, as associações de moradores começaram a se unificar em torno de federações. Em 1984, as federações de moradores de toda a Baixada realizaram vários encontros visando uma única referência, uma mesma identidade, de sorte a elaborarem propostas e enfrentamentos conjuntos. Desse reconhecimento, surgiu o Comitê Político de Saneamento e Meio Ambiente da Baixada Fluminense, espaço privilegiado para articulação da luta global do saneamento da região.

Ainda em novembro de 1984, foi realizado, com a presença de mais de 5.000 pessoas, um grande encontro, promovido pelas federações da Baixada Fluminense: Movimento Amigos de Bairros de Nova Iguaçu (MAB), Movimento União dos Bairros de Duque de Caxias (MUB), Amigos de Bairros de Meriti (ABM) e Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (Famerj), oportunidade para qual o governador da época, Leonel Brizola, prefeitos e órgãos públicos foram convidados. Nesse encontro, o *slogan* era: “Baixada Exige – Saneamento já”.

As autoridades da época não compareceram, por isso organizou-se uma grande passeata até o Palácio da Guanabara, que teve como desdobramento, em dezembro de 1984, a fundação do “Comitê Político de Saneamento Básico da Baixada Fluminense”, reconhecido e legitimado pelas autoridades públicas.

Os movimentos clamavam não simplesmente por obras de saneamento; queriam participar do planejamento, do processo decisório para, dessa forma, organizar e hierarquizar os objetivos a serem cumpridos.

A questão do saneamento básico da Baixada Fluminense vai desdobrar-se na luta pela saúde com a criação de fóruns de saúde a partir da implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS). Em 1985, foram criados os Conselhos Comunitários de Saúde de Duque de Caxias, São João de Meriti e Nova Iguaçu. A situação da região foi, neste período, agravada pela epidemia de dengue que evidenciou a deficiência da rede pública de Saúde.

Em 1986, os conselhos comunitários de saúde existentes na região, junto com entidades do movimento popular, paralisaram a Rodovia Presidente Dutra, reivindicando a elaboração de um Plano Emergencial de Saúde para a Baixada. O resultado obtido foi o “Programa SOS Baixada” que, posteriormente, deu origem ao Programa Especial de Saúde para a Baixada (PESB) que existiu até o início dos anos 90.

Com o processo de redemocratização e a elaboração da Constituição Federal de 1988, houve a necessidade de uma reforma institucional e constitucional. No interior dessa agenda política, desenvolveu-se o ideário da reforma urbana e o fortalecimento do poder municipal. Em alguns municípios da Baixada, a municipalização da saúde foi realizada sem a participação do movimento popular que já vinha debatendo assuntos como o controle social e o gerenciamento sobre as instituições e as ações do Estado.

A partir de 1991, como resultado das mobilizações realizadas pelos conselhos comunitários de saúde, começaram a ser criados os conselhos municipais de saúde. Os conselhos municipais e os conselhos comunitários articulados com as entidades do movimento social, trabalhadores de saúde e universidades públicas, assumiram a luta em prol da saúde.

Diversas ações também aconteceram na região com o objetivo de fortalecer a participação popular, tais como: pré-conferências, conferências de saúde, cursos de capacitação para conselheiros e elaboração de planos municipais de saúde com participação popular.

O Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos da Região Metropolitana do Rio de Janeiro realizou junto com a população nesse período planos de saúde para os municípios de São João de Meriti (1994), Duque de Caxias (1995) e Nova Iguaçu (1997), além do anteprojeto de lei de alteração do Conselho Municipal de Saúde de São João de Meriti (1996).

Foram realizados, nos anos de 1995, 1996, 1997, 1998, 2001 e 2004, cursos de capacitação de conselheiros de saúde na Baixada Fluminense, além de um curso de capacitação para conselheiros gestores, em 1999, no Município de Duque de Caxias. Houve também a realização de um ciclo de debates acerca da saúde nos municípios da Baixada Fluminense, no ano de 1996. Todas essas iniciativas foram realizadas pelo projeto acima citado em conjunto com os movimentos sociais e de trabalhadores da região.

Em 2002, ocorreram quatro cursos de capacitação de conselheiros da Baixada Fluminense, com sede nos municípios de Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Seropédica e Queimados, que tiveram como desdobramento a realização do 1.º Seminário da Baixada, ocorrido em 2003, para unificar as agendas elaboradas em cada curso. Esses cursos foram promovidos pelo Projeto de Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos de Saúde.

Em 2004, após o 5.º Curso de Capacitação de Conselheiros da Baixada, com sede em Mesquita, houve a rearticulação do Fórum de Conselhos de Saúde que promoveu reuniões, encontros, debates e três seminários com o objetivo de fortalecer o SUS e firmar a premissa constitucional "Saúde: direito de todos e dever do Estado". Essas atividades foram realizadas pelos movimentos da Baixada em conjunto com a UERJ, UFRJ e a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde.

O produto resultante destes três seminários tem sido socializado por meio dos cadernos metropolitanos, que divulgam as discussões acumuladas nesse processo, buscando reorganizar o SUS na região e estimular a participação social e a organização popular. Como desdobramento desses seminários, o Fórum de Conselhos de Saúde se fortaleceu e articulou-se com os conselheiros do Município do Rio de Janeiro, consolidando o Fórum de Conselhos de Saúde da Região Metropolitana I. Assim, em 2005, foram realizados dois seminários no Rio de Janeiro, o 5.º Seminário com o objetivo de elaborar o Plano Regional de Saúde para a Região Metropolitana I.

1.4 A LUTA POR SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA II

O processo de organização e mobilização popular pela saúde na região tem seu marco na década de 80. Vai se destacar, nesse breve histórico, a trajetória da luta por saúde dos municípios de Niterói e São Gonçalo, por serem os maiores municípios e porque já foram objetos de alguns estudos referentes à temática.

1.4.1 Município de Niterói²

Niterói está inserido na Região Metropolitana do Rio de Janeiro e constitui-se em um município de médio porte com uma área de 130Km². O processo de ocupação mais intenso foi a partir dos anos 40 e, já naquela época a cidade, detinha a maior parte da população economicamente ativa (Ipea) no setor terciário. Em 1975, Niterói perdeu seu *status* de capital pois ocorreu a fusão do Rio de Janeiro com o Estado da Guanabara. No entanto, manteve suas características e infra-estruturas oriundas daquele período.

A transformação da realidade sanitária em Niterói emerge de meados dos anos 70, baseada em um contexto estritamente político. Até este período, a secretaria municipal de saúde era denominada “secretaria da morte”, pelo fato de sua estrutura contar apenas com um posto de saúde e um serviço funerário.

O desenvolvimento sanitário, mediante esse quadro, ficou a cargo do professor Hugo Tomasini, que estruturou o desenvolvimento de uma secretaria de saúde fundamentada em um conjunto de unidades e por uma rede que, progressivamente, deveria se implementar nos bairros ditos periféricos.

Inicialmente, tal proposição possibilitou a concretização, em 1977, do Diagnóstico de Saúde de Niterói, que estabelecido sob o caráter de um plano, deveria vigorar até 1980, tendo por base a construção das ditas unidades de saúde, as quais construiriam uma rede primária.

Baseado neste plano, foram traçadas algumas considerações acerca da gestão Tomasini, destacando-se como principais: a quebra do monopólio do saber médico; a constituição de uma equipe multiprofissional (sanitaristas, assistentes sociais, médicos, dentistas, auxiliares de saúde, etc.); e a oposição aos setores que apoiavam o modelo hegemônico privilegiador das práticas voltadas ao desenvolvimento de uma assistência médica curativa e clientelista.

Todavia estas propostas foram inviabilizadas no final dos anos 70, mais especificamente em 1979, quando o então Prefeito Moreira Franco aderiu ao PDS e demitiu todos os secretários ligados às posições progressistas provocando, dessa forma, uma ruptura na estrutura de trabalho, ora encaminhada. A partir desse momento,

² Este item está baseado em informações coletadas na dissertação de mestrado de Márcio Eduardo Brotto, intitulada: “Recursos Humanos em Saúde: estratégias em implementação no Município de Niterói”.

as secretarias passaram a ser assumidas por técnicos integrados à burocracia previdenciária com concepção hospitalar, e a saúde voltou a reforçar a prática curativa e clientelista.

Frente a este retrocesso, as resistências foram grandes, sobretudo por parte dos movimentos sociais organizados e técnicos de saúde. A Universidade Federal Fluminense (UFF), com projetos de pesquisa e de extensão, concentrou grande parte dessa resistência corporificada nos projetos de saúde da comunidade, onde os diversos segmentos articularam um fórum de discussões e formulações de propostas alternativas para o modelo vigente.

Contrários à política que vinha sendo implementada, originou-se um movimento de resistência que, a partir da década de 80, decidiu qualificar o município como um pólo de propostas e experiências referentes à criação de novos modelos de gestão para o sistema de saúde. Com o incentivo de representantes da UFF e do Conselho Nacional de Assistência e Previdência Social (Conasp), a proposta do movimento se destaca pela implantação do denominado Projeto Niterói que entre outros aspectos assinalava o acesso da população não previdenciária aos serviços contratados, assim como a realocação de profissionais entre as instituições públicas de saúde. Assim, apresentavam propostas que intentavam avançar na universalização do atendimento, enfim, na estruturação de uma base sanitária e epidemiológica para o município.

Criado em 1982, este projeto seria estendido a todo o País por meio das AIS. Mais uma vez, Niterói procurava reafirmar a proposta iniciada na gestão Tomasini, primando por um sistema de saúde público mais abrangente, que veio servir de parâmetro para a emersão do SUS.

Elaborado por um grupo de 20 técnicos, o projeto introduzia um diagnóstico da saúde municipal apresentando-se frente às necessidades e propostas operacionais para o setor. Para isto, o mesmo funcionava subdividido em diversos grupos de trabalho, que contavam, inicialmente, com representantes de diversas instituições públicas ligadas à questão sanitária no município. Deste modo, caracterizava-se como uma espécie de “comissão executiva”.

A Associação Médica Fluminense, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj) e a Federação das Associações de Moradores de Niterói (Famnit) foram sujeitos fundamentais para a construção de uma contraposição às políticas desenvolvidas pela prefeitura à época.

Com a realização da 8.^a Conferência Nacional de Saúde e, por conseguinte, com a aprovação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, estimulou-se o processo de municipalização, possibilitando as próprias secretarias municipais o gerenciamento de todo o sistema local de saúde, englobando as unidades federais, estaduais e os serviços de vigilância sanitária e epidemiológica. Neste momento, as contradições e os conflitos entre os integrantes do Projeto Niterói e

a prefeitura municipal se fortalecem, pois os mesmos propõem a criação de uma Fundação Municipal de Saúde que, independente da secretaria, deveria assumir o processo de descentralização do sistema.

As propostas do Projeto Niterói só perderam suas características opositoras em 1989, quando o PDT, coligado com outros partidos, elegeu como novo prefeito Jorge Roberto Silveira. Neste período, o Projeto Niterói é convidado a debater em torno da Política Sanitária Municipal, apresentando um plano de municipalização para as ações no setor, o que ocasionou a indicação do Secretário-Executivo, Dr. Gilson Cantarino O'Dwyer, para o seu gerenciamento. Assim, o governo, comprometendo-se em seguir as diretrizes do movimento da Reforma Sanitária, se articulou com o projeto Niterói e seus membros passaram a ocupar espaços institucionais de direção.

Neste mesmo ano, 1989, o grupo de gestores, à frente da organização sanitária local, iniciou diversos intercâmbios entre experiências profissionais de Cuba e Niterói. Considerando as dificuldades apresentadas e a possibilidade de fortalecimento do sistema de atenção primária à saúde municipal, esse intercâmbio acabou culminando em incentivo à elaboração do Programa Médico da Família.

Todavia, o referido modelo não se viabilizou como instrumento de resolutividade imediata, visto que alguns requisitos e mecanismos tinham de ser projetados para a sua implantação e adequação à realidade local. Assim, foi criada, em 1990, a já referida Fundação Municipal de Saúde de Niterói, que tinha por finalidade gerir e dar prosseguimento à municipalização, prevendo autonomia de gestão e agilidade administrativa às resoluções advindas da secretaria municipal. Desta forma, as referidas estruturas, dirigidas por um mesmo gestor, apresentavam caráter complementar, sendo a fundação caracterizada como um órgão executor e a secretaria como um órgão colaborador.

Para gerir seus recursos, Niterói apresentou, conforme determina a legislação sanitária nacional, um Fundo Municipal de Saúde – criado em 21/1/1991, por meio da Lei n.º 921 que apresentou como objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde.

Contudo, seu funcionamento dependia de uma contínua fiscalização por parte do conselho municipal de saúde, criado após a realização da I Conferência Municipal de Saúde, no início da década de 90, que reuniu cerca de 1.000 participantes, entre observadores e delegados, representantes de segmentos e entidades da sociedade civil e que fariam parte do primeiro mandato do conselho municipal de saúde.

Baseado neste contexto, tal conferência também se destacou por apresentar entre os resultados a elaboração de um relatório contendo as diretrizes e a estruturação do referido conselho. Este foi legalizado pela Lei n.º 1.085, de 24/7/1992 e é responsável pela formulação, execução e fiscalização das políticas em nível local.

A II Conferência Municipal de Saúde ocorreu no primeiro trimestre de 1996, com

forte avanço da participação comunitária.

1.4.2 Município de São Gonçalo

São Gonçalo foi emancipado política e administrativamente de Niterói em 1890. Atualmente integra a Região Metropolitana do Rio de Janeiro e, em 2000, a sua população era de 889.828 habitantes, segundo o IBGE. A população do município é eminentemente jovem, 16,9% possuem menos de 10 anos e 18,7% de 10 a 19 anos. A população em idade reprodutiva (15 a 59 anos) corresponde a 65,7% e a população idosa (acima de 60 anos) constitui 8,1% do total.

A cidade ocupa uma área de 251,3Km², estando dividida em cinco distritos: 1.º São Gonçalo; 2.º Ipiiba; 3.º Monjolos; 4.º Neves; 5.º Sete Pontes. Eles se subdividem em 90 bairros, que recebem uma ocupação diferenciada, já que o primeiro distrito detém 46,29% dos munícipes; o segundo, 11,19%; o terceiro, 17,37%; o quarto, 14,905 e o último, Sete Pontes, 10,25%/habitantes. A densidade demográfica é de 3.504/hab por Km².

A luta pela saúde em São Gonçalo acompanhou a conjuntura nacional pós, regime militar (1964-1985), quando o processo democrático avançou e o movimento popular se organizou na resistência à ditadura e na construção de um Estado participativo, e no atendimento às reais necessidades da população por meio da implementação de políticas públicas pelo Estado.

Em 1986, São Gonçalo já havia implantado o conselho comunitário de saúde que atuava articulado com os movimentos locais, com destaque para o Movimento de Mulheres e a Federação da Associação de Moradores de São Gonçalo: o Unibairros. Esse conselho comunitário tinha como objetivo aglutinar lideranças na defesa do Hospital Geral. Para tal, realizou diversos eventos tendo como pauta a saúde para discutir a situação do município e apresentar propostas.

Em 1987, São Gonçalo realizou a sua I Conferência Municipal de Saúde, com uma expressiva participação do movimento popular, liderada pelo conselho comunitário de saúde. Nessa Conferência, o movimento reivindicou, como prioridade, a construção de um hospital para o município e pressionou o poder público por uma resposta efetiva (GASPARY, 1996).

O direito universal à saúde e a obrigação do Estado em garanti-la estão inscritos na Constituição Federal de 1988, mas apresentam limites de concretização. Em São Gonçalo não é diferente, apesar da luta organizada do movimento social. A história do município explica parte dessas dificuldades, pois São Gonçalo, até 1988, vivia sob o domínio de grupos políticos que mantinham o poder oligarquicamente, com uma herança autoritária e clientelista na formação da sociedade brasileira.

Porém, vivendo intensamente a busca de consolidação da democracia do País, como reflexo da luta organizada do movimento social, São Gonçalo elegeu, em

1988, um prefeito considerado progressista, com discurso identificado com o reconhecimento da relevância da participação popular, em oposição ao estabelecido, propondo-se a romper com a política conservadora dominante.

A partir de 1988, há um investimento em obras urbanas, dirigidas também à área da saúde, com a construção de 17 postos de saúde na periferia do município, inaugurando-se também um Posto de Assistência Médica (PAM/Inamps), no Bairro Coelho (GASPARY, 1996). Em 1989, a prefeitura assinou o convênio de municipalização da saúde, mas não implementou os conselhos distritais, conforme previsto na legislação.

Em 1991, foi criado o Conselho Municipal de Saúde, por meio da Lei n.º 060/91. Nessa época, também foi implantado o Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, como fruto da pressão do movimento social local. Nesse ano de 1991, realizou-se a II Conferência Municipal de Saúde, onde foram identificados problemas de ordem político-jurídicos no processo de municipalização da saúde, pois a lei municipal garantia a proporcionalidade entre os diversos segmentos, inclusive a representação da Câmara de Vereadores, em todos os conselhos municipais. A lei federal assegurou a paridade entre usuários (50%) e demais segmentos, o Poder Executivo e prestadores públicos e privados (25%) e os trabalhadores de saúde (25%). Assim a lei municipal contrariava a Lei Orgânica da Saúde que previa a paridade de usuários (50%) em relação aos trabalhadores e gestores. Entretanto, o Poder Executivo cumpriu a lei municipal – regulamentada em 1990 – e não acatou a legislação federal. Com isso, a autonomia dos usuários na escolha de seus representantes foi desrespeitada e a quebra de paridade fragilizou os conselheiros. Isso gerou impasses e embates nas reuniões do Conselho Municipal (GASPARY, 1996, p. 168). A correlação de forças sociais aí engendradas era desfavorável ao movimento organizado, sendo desconsideradas pelo poder público. As decisões tiradas da II Conferência Municipal de Saúde de São Gonçalo fundamentavam-se na Lei n.º 8.142/90.

Nesse momento, o movimento sanitário no município se amplia, sendo composto pelos movimentos tradicionais como o movimento sindical e o movimento de mulheres, com a adesão de outros movimentos, como o dos aposentados e pensionistas, o de portadores de deficiências. É importante considerar que os conselhos de saúde como um todo, e particularmente o de São Gonçalo, nos primeiros anos da década de 90, também passaram pela luta de interesses antagônicos, mesmo em governos considerados progressistas, onde a gestão paritária entre seus membros foi desrespeitada pelo Poder Executivo em alguns municípios brasileiros (GASPARY, 1996). Há também a cooptação de dirigentes do movimento social em cargos públicos.

Um outro aspecto que se destaca em São Gonçalo é que o movimento popular local também realizou encontros para discutir a política ambiental do município, visto que a degradação do meio ambiente foi se agravando ao longo do tempo. É importante observar que o movimento popular local teve um entendimento ampliado de saúde, pois, para ele, a luta envolvia não só o direito à assistência médica institucional mas também a inclusão do saneamento básico/ambiental.

Os indicadores de saúde de São Gonçalo revelam a situação sanitária ainda “drástica” de seus moradores. A rede pública de saúde instalada concentra-se no primeiro distrito geográfico, área central, não se distribuindo pela periferia do município e entre os outros quatro distritos (GASPARY, 1996).

Na continuidade da luta, em 1993 é realizado o II Seminário de Saúde do município, realizado com ampla participação da sociedade civil, onde debateu-se o Plano Municipal de Saúde, com ampla participação da sociedade civil³. No seminário estiveram presentes cerca de 80 entidades governamentais e não-governamentais e destacou-se a luta por um conselho municipal de saúde paritário e deliberativo. O objetivo principal era a instalação do Conselho Municipal/SG baseado na Lei n.º 8.142/90 e na Resolução n.º 33/92, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esse ainda é o grande desafio para o controle social posto na conjuntura nacional. A defesa do SUS passa pela defesa de uma sociedade democrática, participativa e autônoma. São Gonçalo, nesse seminário, enfrenta uma realidade difícil quanto ao reconhecimento de uma participação com poder real e a busca entre outros aspectos, a garantia da transparência na definição orçamentária e no plano de aplicação de recursos alocados no setor, por entender que a questão do financiamento e da distribuição e aplicação da verba pública são elementos primários para a efetivação de um sistema de saúde público, de qualidade e verdadeiramente democrático.

Seguindo o curso de sua história, entre 1994 e 1996, registrou-se um refluxo do movimento popular local. Porém, ainda como fruto de resistência no âmbito da participação social, foi criado no município um Fórum Popular de Estudos da Saúde, para atender as demandas das entidades do movimento popular que ocupavam assento no Conselho Municipal de Saúde (CMS). Entre os objetivos principais do fórum destacou-se a capacitação dos conselheiros representantes dos usuários e profissionais de saúde, e a análise da conjuntura da correlação de forças no CMS de São Gonçalo.

Em 1999, na tentativa de fortalecer o controle social em São Gonçalo, um grupo de técnicos da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) da cidade demandou um Curso de Capacitação de Conselheiros, com objetivo de concretizar uma deliberação da Conferência Municipal de Assistência Social de São Gonçalo. Esses servidores municipais observaram a necessidade de envolver a universidade nessa iniciativa. Foi contactada a equipe do Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conse-

³ Este plano foi elaborado pela equipe do projeto de extensão “Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais” em conjunto com técnicos do Departamento Geral de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo, com assessoria técnica da Fiocruz.

lhos da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, que já havia desenvolvido trabalho de assessoria aos movimentos sociais e de defesa da política pública de saúde na cidade. O curso foi estruturado em seis módulos, totalizando 20 encontros semanais realizados, num período de quatro meses e duas semanas. Os desdobramentos previstos a partir do curso, para se realizarem em 2000, não foram possíveis em função da mudança do governo municipal que desarticulou o trabalho desenvolvido nas diferentes frentes de ação da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (MATOS, 2004).

Conforme já explicitado, os fatores estruturais e conjunturais como: socioeconômico, político, ideológico e cultural são determinantes para a potencialização ou regressão do movimento social em uma determinada sociedade. Com o advento do neoliberalismo assumido pelos governos no Brasil nos anos 90, deu-se inevitavelmente um rebatimento no campo da luta dos movimentos sociais. O desemprego, a recessão, os baixos salários, a expansão do setor privado, a redução dos investimentos públicos, bem como a visão de mundo individualista, em detrimento da prática solidária e coletiva, foram avançando e ocupando espaços inclusive no movimento social, levando-o a um recuo.

É na contracorrente desse trajeto, onde a disputa ocorre em alguns momentos de forma velada e, em outros, de forma manifesta, que o movimento popular de saúde em São Gonçalo se apresenta.

A concepção neoliberal concretiza-se no cotidiano, na ampliação das práticas clientelistas, na cooptação de lideranças do movimento, na priorização da busca do consenso, que tenta negar a luta de interesses das forças presentes. Coerentes com esta perspectiva, alguns conselhos atuam muito mais como legitimadores da ordem dada do que como construtores conscientes, ou não, do projeto neoliberal que pretensamente combatem, havendo muitos nós a desfazer.

Por outro lado, é inegável que a existência dos conselhos municipais permite uma maior aproximação institucional entre o poder público e a sociedade civil organizada. Nesse espaço, os conselhos municipais acumulam a força política que empregam nos rumos da política de saúde de seu município. Essa proximidade carrega em seu bojo uma forte contradição, visto sua criação ter em princípio e como princípio, a fiscalização do poder público local e a elaboração das políticas públicas, favorecendo o crescimento e a conquista de espaço político e de direção nas políticas sociais. Essa proposta tem por objeto responder aos interesses populares, em respeito à autonomia e à legitimidade de seus representantes. Assim, deve-se construir o sistema de saúde garantido na Constituição Federal. O dilema que se vive na sociedade brasileira contemporânea, trazido pelo neoliberalismo, é a ausência do Estado e de sua responsabilidade social e constitucional. A cooptação dos conselhos e dos movimentos sociais organizados e a direção assumida pelo Estado brasileiro nos anos 90 permitiram a privatização do setor por meio da terceirização, da precarização da força de trabalho e a mercantilização da prestação de serviços, por meio da contra-reforma do Estado que vai atuar nas políticas focalizadas e fragilizar o movimento social.

1.5 ALGUMAS REFLEXÕES

Em meados dos anos 90, percebe-se, com a criação dos conselhos de política e de direitos, que os movimentos sociais priorizaram esses espaços e deixaram de ter uma atitude mais reivindicativa e de concentrar suas forças de pressão nas manifestações de rua.

A luta pela saúde ficou, dessa forma, centrada nos conselhos institucionalizados. Avalia-se que será necessário aos movimentos sociais evoluir no sentido de combinar dialeticamente sua presença nos espaços constitucionais e a mobilização das camadas populares. Acredita-se que somente por meio da articulação entre essas duas estratégias poderá ser exercida a mobilização e a organização social que farão concretizar as proposições a serem defendidas no plano institucional.

A análise da trajetória da luta pela saúde na Região Metropolitana mostra que houve forte mobilização e participação popular nos anos 80, com a criação dos conselhos comunitários de saúde em diversos municípios e que foram realizados encontros e manifestações em defesa da saúde, conforme foi visto.

Essa luta refluíu nos anos 90 e, a partir do ano 2000, reinicia-se um processo de mobilização e organização dos movimentos sociais e maior articulação entre os conselhos da região com a criação de fóruns, além da realização de debates e seminários.

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) requer muita força por parte dos segmentos populares. A disputa entre os projetos privatistas e a Reforma Sanitária ainda vigora. Assim, depois de uma década de derrotas, é necessário que seja retomado o movimento sanitário, agora ampliado com novos sujeitos sociais. Além disso, não se deve perder de vista a principal característica daquele movimento, o suprapartidarismo.

O projeto de democracia defendido pelos movimentos sociais, nos anos 80 – a democracia de massas –, tão combatido pelos conservadores e neoliberais, ainda precisa ser efetivado e a rearticulação das camadas populares, organizadas, é um pressuposto fundamental para seguir esse caminho. Afinal, não chegamos ao fim da história, por mais que nos tentem convencer disso. O SUS idealizado e inscrito na Constituição não é impossível, nem apenas uma utopia. É possível de ser realizado desde que haja vontade política para a sua concretização.

2 O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO¹

Maria Inês Souza Bravo,
Vera Regina Andrade,
Rose Santos Pedreira
Rosane Santos de Carvalho

2.1 APRESENTAÇÃO

Os conselhos de saúde são concebidos como espaço de controle social em que a participação popular adquire uma expressão não apenas discursiva, mas também operativa e jurídica. Na tentativa de analisar as características do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, este texto divide-se basicamente em três momentos. O primeiro trata do CES/RJ, destacando o processo de criação e composição, pautado em dados coletados em registros do próprio conselho e em estudos de outros pesquisadores. O segundo, analisa as conferências estaduais de saúde, entendidas como fórum máximo de articulação política entre os três segmentos sociais: gestores/prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. No terceiro momento, é apresentado o estudo acerca das atividades realizadas e das deliberações das três gestões do conselho de saúde, pautado em dados coletados em atas do próprio Conselho². No final, são apontados os desdobramentos considerados pertinentes para o fortalecimento desse espaço.

2.2 O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

2.2.1 Processo de Criação

A maioria dos conselhos estaduais de saúde constituídos entrou em funcionamento antes do final de 1993. Carvalho (1995), afirma que os estados foram os primeiros a atender às exigências da legislação, e que grande parte deles foi homologada na segunda metade de 1993, como resultado da ação enérgica do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo por base a proposta de descentralização e democratização defendida pela 8.^a Conferência Nacional de Saúde. Na grande maioria dos estados, o processo de criação dos conselhos de saúde foi permeado por questões político-sociais locais, tendo a iniciativa, em quase todos, partido do interior do próprio estado pelas propostas de controle social de técnicos e profissionais comprometidos.

¹ Este texto foi elaborado em 2002 e apresentado ao Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES/RJ). Contou-se com a colaboração do Conselheiro do CES/RJ – Salvador Alves de Oliveira, representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT).

² Não foi possível fazer o balanço da última gestão do conselho por dificuldades na coleta de dados.

No Rio de Janeiro, o processo de formação do Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ) não se diferenciou do ocorrido nos outros estados, tendo caráter de atendimento a uma prescrição legal, e perpassado, como os outros, por alguns conflitos.

Apesar da lei de criação do CES/RJ ser de 15/1/91, e a 1.^a Conferência Estadual de Saúde ter sido realizada em outubro do mesmo ano, a proposta de sua construção é anterior ao texto constitucional de 1988, tendo tido como ponto de partida o “Programa de Governo” do estado que já previa para a área da Saúde, em 1986, a formação de um Conselho Estadual de Saúde, tendo como base os documentos aprovados na 8.^a Conferência Nacional de Saúde, para garantir a participação social no planejamento e na organização dos serviços de saúde do estado. A análise da história da formação do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES/RJ) tem que considerar dois momentos distintos: 1982/1985 e 1986/1990, segundo Pinheiro e Dal Poz, 1995. No primeiro, anterior à Constituição de 1988, encontra-se a criação, em 9 de dezembro de 1983, de um órgão colegiado na estrutura básica da Secretaria Estadual de Saúde e Higiene, denominado Conselho Estadual de Saúde, e, no segundo momento, a criação do Conselho Estadual de Saúde pela Lei Complementar n.º 71/91.

O Poder Executivo, no período de 1986 a 1990, estimulou a criação de dois fóruns que deveriam se articular para uma ação conjunta: o Fórum das Entidades e o Fórum dos Secretários de Saúde. O Fórum das Entidades teve participação predominante de representantes de entidades de profissionais de saúde – conselhos regionais e sindicatos e, de forma minoritária, representantes de entidades populares como a Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (Famerj), a Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro (Faferj) e algumas associações comunitárias. O Fórum dos Secretários Municipais de Saúde que, em curto prazo, tornou-se independente deu origem ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (Cosems/RJ), processo esse que contribuiu para inviabilizar a proposta de criação do CES/RJ naquele momento, pois, por parte do Fórum das Entidades, a questão não era consensual.

No Fórum das Entidades, os representantes dos profissionais de saúde consideravam positiva a postura por parte do estado, enquanto os representantes dos movimentos populares não desejavam o estabelecimento do Conselho por temerem o atrelamento do movimento às ações do estado. Esta foi a posição do Conselho Popular do Rio de Janeiro, criado como desdobramento do II Encontro Popular de Saúde do Rio de Janeiro, realizado em novembro de 1987. Nesse encontro, uma das diretrizes estabelecidas foi a criação de conselhos populares livres, sem atrelamento a uma instituição, para que se pudesse unificar propostas e discutir os encaminhamentos sobre as questões de saúde e garantir, desta forma, a autonomia e a independência do movimento em relação ao estado.

No Fórum das Entidades, as discussões sobre a criação do CES/RJ foram se esvaziando, por estímulo do próprio estado, com a criação de várias comissões, como a do Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB) e do Plano de Carreiras, Cargos e Salários

(PCCS) que, por serem apenas reivindicativas, incomodavam menos (PINHEIRO; DAL POZ, 1995, p. 18). O Fórum retomou a pauta, em meados de 1988, posicionando-se a favor de um projeto para a criação do Conselho Estadual de Saúde. Assim, após várias discussões e encaminhamentos, o projeto de lei foi apresentado pela Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj) –, aprovado pela Comissão de Saúde e, em Plenário, sendo encaminhado, em seguida, para a apreciação do governador e sancionado na forma de Lei Complementar n.º 78, de 15/1/91.

Após este fato, algumas entidades se mobilizaram para a realização da Primeira Conferência Estadual de Saúde, destacando-se o apoio do Sub-Secretário Estadual de Saúde, oriundo dos quadros do Instituto Vital Brasil (IVB)³, e dos representantes de entidades de profissionais de saúde – Conselho Regional de Medicina (Cremrj), Conselho Regional de Farmácia (CRFRJ), Sindicato dos Odontólogos, Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (Satemrj), tendo, também, feito parte da Comissão Organizadora representantes de entidades populares – Famerj, Faferj e a Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT), por intermédio do representante do Sindicato dos Rodoviários de Nova Iguaçu, Federação dos Trabalhadores na Agricultura (Fetag), e representantes do setor governamental – Conselho Estadual de Direitos da Mulher (Cedim), e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

A 1.ª Conferência Estadual de Saúde, realizada em 1991, recomendou para composição do Conselho Estadual de Saúde uma representação de 44 membros distribuídos proporcionalmente entre os diferentes seguimentos: 25% de usuários; 25% de profissionais de saúde; 25% de prestadores de serviço e 25% de gestores do governo, o que, naquele momento, foi considerado paridade.

Apesar de estruturado juridicamente, devido às necessidades de repasse de verbas, o Estado do Rio de Janeiro não efetivou a consolidação de seu Conselho Estadual de Saúde até meados de 1993 quando, por exigência do Governo Federal, foi instalado tendo por base um acordo para a elaboração do Plano de Emergência para o Município do Rio de Janeiro. A legislação referente à composição do CES/RJ sofreu modificações por meio da Lei Complementar n.º 76, de 28/1/93, prescrevendo a composição de 28 membros, entretanto, segundo a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990b), não ficou garantida a paridade. Os conflitos foram muitos, alguns conselheiros, em protesto, não tomaram posse e a batalha pela legalidade perdurou até 1995. Mesmo assim, no período de 1993 a 1995/96, o CES/RJ assumiu a responsabilidade pelo exercício de duas importantes resoluções que garantiriam a continuidade de seu funcionamento. A primeira era diretamente ligada à necessidade de se consolidar a determinação da paridade entre o seguimento dos usuários e dos demais seguimentos o que foi alcançado com a Lei Complementar n.º 82, de 28/1/96. A segunda referia-se à convocação e a realização da II Conferência Estadual de Saúde o que aconteceu no período de 10 a 14 de julho de 1996. Apesar dos três anos de atraso este ato se caracterizou como uma conquista frente às problemáticas anteriormente enfrentadas.

³ José Gomes Temporão fez parte do movimento da Reforma Sanitária.

2.2.2 Composição do Conselho

O CES/RJ, nos termos da Lei Complementar n.º 76, de 28/1/93, ficou com a composição de 28 membros e respectivos suplentes, assim distribuída:

Poder Público: sete membros

- Um representante da Secretaria de Estado da Saúde (SES/RJ);
- Um representante do Instituto Vital Brasil (IVB);
- Um representante da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ);
- Um representante do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems);
- Um representante da Secretaria de Estado de Defesa Civil (Sedec);
- Um representante do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (Cedim); e
- Um representante da Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável (Semads).

Trabalhadores da Saúde: sete membros

- Três representantes dos conselhos regionais de profissionais da área da Saúde; e
- Quatro representantes de sindicatos de profissionais de saúde.

Usuários da Saúde: sete membros

- Um representante da Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (Famerj);
- Um representante da Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro (Faferj);
- Um representante das centrais sindicais;
- Um representante do movimento autônomo de mulheres;
- Um representante da Federação Estadual dos Trabalhadores na Agricultura (Fetag);
- Um representante dos portadores de necessidades especiais;
- Um representante dos conselhos comunitários de saúde.

Prestadores de Serviços Conveniados ao SUS: sete membros

- Três representantes do setor privado;
- Quatro representantes do setor filantrópico.

A Lei Complementar n.º 82, de janeiro de 1996, em vigor até a presente data, manteve a composição do Conselho Estadual de Saúde em 28 membros, especificando um igual quantitativo de suplentes com a seguinte distribuição:

- sete representantes de prestadores públicos e privados (gestores);
- sete representantes de profissionais da área da Saúde:
 - quatro representantes de sindicatos dos trabalhadores da área da saúde; e
 - três representantes de conselhos regionais das profissões da área da saúde.
- quatorze representantes dos usuários do sistema público de saúde, oriundos de entidades da sociedade civil organizada e legalmente constituídas.

2.3 AS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE⁴

2.3.1 A Periodicidade das Conferências

A Lei Complementar n.º 71/91 determina, em seu artigo 1.º, Inciso II, alínea g, que o Conselho Estadual de Saúde convoque uma Conferência Estadual de Saúde a cada dois anos. Esta periodicidade foi mantida nas Leis Complementares n.ºs 76/93 e 82/96.

O mandato dos membros do Conselho Estadual de Saúde foi previsto, inicialmente, com a duração de três anos pelas Leis Complementares n.º 71/91 e 76/93. Este período foi modificado com a promulgação da Lei Complementar n.º 82, de 22 de janeiro de 1996, para dois anos.

Pode-se observar que estes prazos não têm sido respeitados.

2.3.2 As Conferências Estaduais de Saúde

A 1.ª Conferência Estadual de Saúde realizou-se no período de 10 a 13 de outubro de 1991, no Campus da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com a participação de 1.000 delegados representando três segmentos sociais: gestores/prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários do sistema público de saúde.

O tema principal da conferência foi “Municipalização é o Caminho”. Foram discutidas e aprovadas propostas sobre as seguintes questões:

- Sociedade, saúde e governo;
- Modelo assistencial;
- Implementação do SUS:
 - municipalização,
 - financiamento,
 - gerenciamento do sistema e política de recursos humanos; e
- Controle social.

A II Conferência Estadual de Saúde foi realizada no período de 10 a 14 de julho de 1996, também na UERJ. A aprovação do relatório final só foi realizada no dia 27 de julho, numa plenária extraordinária realizada no Auditório do Ministério da Saúde, à Rua México, 128 – 10.º andar.

⁴ Utiliza-se neste item, com a autorização do autor, dados da análise realizada, em 1999, pelo Conselheiro do CES/RJ, representante da CUT, pelo segmento dos usuários, Salvador Alves de Oliveira, em Relatório preparado para ser apresentado em audiência pública do CES/RJ.

Participaram da II Conferência Estadual de Saúde 952 delegados de três seguimentos: gestores/prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. O evento contou também com a participação de 970 observadores e dezenas de convidados, representando os municípios, as instituições públicas e as entidades da sociedade civil do Estado do Rio de Janeiro.

O tema principal da II Conferência Estadual de Saúde foi “Construção do SUS – A Busca da Qualidade na Saúde Pública”, com os seguintes subtemas que foram discutidos em mesas e grupos de trabalho:

- Modelo assistencial;
- Financiamento do SUS;
- Controle social;
- Modelo de gestão e realidade municipal;
- Recursos humanos; e
- Prevenção e promoção de saúde.

O Relatório Final da II Conferência Estadual de Saúde define-se favorável à execução, à gestão e ao gerenciamento públicos das ações de saúde, rechaçando todos os modelos alternativos que privilegiam a presença da iniciativa privada nas ações de saúde. Recomenda-se maior destinação de verbas públicas para o financiamento da saúde pública de forma a atender o preconizado pelas Constituições Federal e Estadual e pela Lei Orgânica da Saúde. Determina a consolidação do controle social com o cumprimento efetivo da Lei n.º 8.142/90 e da Lei Complementar n.º 82/96, que regulamentam a participação da sociedade organizada na definição e fiscalização das políticas públicas de saúde, nos três níveis de governo.

A III Conferência Estadual de Saúde foi realizada no período de 17 a 26 de setembro de 1999, sendo interrompida, por causa do assassinato do casal Edma e Marcos Valadão, delegados do Sindicato de Enfermagem. A plenária final foi realizada no dia 6 de novembro de 1999, tendo sido aprovadas as propostas finais da conferência. Seu título que seria: SUS: consolidação, humanização e controle social, à propósito do assassinato do casal, foi modificado para: Conferência Edma e Marcos Valadão.

Participaram desta conferência cerca de 1.200 delegados dos segmentos dos usuários, profissionais de saúde e organizações da sociedade civil do estado.

A IV Conferência Estadual de Saúde foi realizada entre os dias 13 a 17 de novembro de 2003, no Hotel Glória Rio, sob os temas: “Saúde um direito de todos e dever do Estado” e “A saúde que temos e o SUS que queremos.” Apesar de a Lei Complementar n.º 82, de 22 de janeiro de 1996, estabelecer que as conferências estaduais deviam se realizar a cada dois anos, a IV Conferência só foi realizada quatro anos após a última conferência, o que demonstrava o desrespeito aos prazos preconizados em lei.

Os eixos temáticos discutidos foram:

- Direito à saúde
- A seguridade social e a saúde
- Intersetorialidade das ações de saúde
- As três esferas de governo
- Organização da atenção à Saúde
- Controle social e gestão participativa
- O trabalho em Saúde
- Ciência e tecnologia
- Financiamento da saúde
- Informação e comunicação em saúde

Devido ao atraso das mesas, a Conferência Estadual de Saúde não terminou no prazo estipulado, pois, na plenária final, as propostas que receberam destaque não foram debatidas. De acordo com o relatório da IV Conferência Estadual de Saúde, ficou acordado entre os participantes que todas as propostas aprovadas, em todos os eixos temáticos, seriam enviadas à Brasília no relatório do Rio de Janeiro. Ficou decidido que haveria uma nova reunião, no dia 28 de novembro de 2003, para se debater as propostas que receberam destaque e não chegaram a ser modificadas e, somente após chegar a um consenso, as propostas seriam integradas ao documento.

2.4 BALANÇO DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELO CONSELHO⁵

2.4.1 Gestão 1993/1996

A primeira gestão do Conselho Estadual de Saúde inicia-se com a publicação dos nomes dos integrantes do Conselho, em 14 de setembro de 1993. A reunião de instalação e posse dos conselheiros do CES/RJ se deu em 27/10/93, no Auditório do Ministério da Saúde, à Rua México, 128 – 10.º andar.

Alguns conselheiros não compareceram ao evento e alguns dos que tomaram posse o fizeram registrando em ata seus protestos pelo fato de na Lei Complementar n.º 71/91, modificada pela Lei Complementar n.º 76/93, não se respeitar, para a composição do Conselho Estadual de Saúde, o critério da paridade previsto na Lei Federal n.º 8.142.

Neste período foram realizadas 23 reuniões ordinárias e uma reunião extraordinária.

⁵ Será apresentado o balanço das três gestões do conselho, pois não se conseguiu registros da última. Estas atividades estão pautadas no relatório de 1999, do Conselheiro do CES/RJ, Salvador Alves de Oliveira.

Em sua primeira reunião ordinária, o CES/RJ discutiu e aprovou a proposta de modificação da Lei n.º 71/91 adequando-a às disposições contidas na Lei Federal n.º 8.142, que determinava a paridade nos conselhos de saúde garantindo que 50% de seus conselheiros fossem representantes dos usuários do SUS, 25% do seguimento dos profissionais de saúde e os outros 25% destinados aos representantes dos gestores públicos e prestadores de serviços conveniados ao sistema.

Em agosto de 1994, foi composta uma Comissão Executiva provisória composta pelos seguintes representantes: usuários, Famerj, Fetag; profissionais de saúde, Coren, prestadores de serviços e a Federação das Misericórdias.

A Secretaria de Estado de Saúde submeteu à apreciação do Conselho, em julho de 1994, a criação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cresat), a ser localizado no Hospital Estadual Anchieta, o que foi aprovado.

Em janeiro de 1995, foi composta uma Comissão Especial formada por quatro usuários, dois profissionais de saúde e dois gestores para acompanhar a tramitação do projeto de lei de alteração da composição do CES/RJ e para elaborar uma proposta de regimento interno para o Conselho.

Em abril daquele ano, foi aprovado por consenso o anteprojeto de lei a ser encaminhado à Alerj, propondo a alteração da composição do Conselho, observando-se o critério de paridade entre os seguimentos.

No mês de julho, os conselheiros discutiram os cortes das verbas destinadas à Saúde efetuados no Orçamento Geral da União e emitiram Nota de Repúdio ao Governo Federal, por este ato.

Pela Deliberação n.º 3, de 10/11/95, o CES/RJ aprova o enquadramento da Secretaria de Estado de Saúde no Modelo de Gestão Parcial, de acordo com o que dispõe a NOB 001/93, do Ministério da Saúde.

A Deliberação n.º 4, de 24/6/96, define o quantitativo de delegados para a II Conferência Estadual de Saúde, que foi convocada, organizada e coordenada pelo CES/RJ.

2.4.2 Gestão 1996/1999

Devido ao atraso por parte de algumas entidades eleitas conselheiras durante a II Conferência Estadual de Saúde, em encaminhar os nomes dos seus representantes, a nova composição do Conselho só foi publicada no DOE, em 25 de fevereiro de 1997.

Em 1997, o CES/RJ realizou 12 reuniões ordinárias e dez extraordinárias, tendo o Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde centralizado a pauta da maior parte dessas reuniões. Outros temas discutidos e sobre os quais houve deliberações foram:

Luta pela Saúde na
Região Metropolitana do Rio de Janeiro

- Formação da Comissão Executiva e Comissões Temáticas do CES/RJ;
- Denúncias apresentadas por vários conselhos municipais de saúde;
- Convocação e organização de plenárias de saúde e seminários;
- Encontro de conselheiros;
- Orçamento e infra-estrutura do CES/RJ;
- Programa de erradicação do mosquito *Aedes aegypte* (PEA);
- Programa de interiorização da hemoterapia.

Durante o ano de 1998, o CES/RJ realizou 12 reuniões ordinárias e quatro extraordinárias, com destaque para os seguintes temas:

- Calendário anual de reuniões;
- Terceirização dos serviços de assistência aos usuários do SUS no Estado do Rio de Janeiro, por meio da contratação de Cooperativas de Profissionais de Saúde;
- Programa Médico da Família;
- Projeto de Terceirização da Gestão ou Gerenciamento dos Hospitais Estaduais (Plano Help);
- Convocação, estrutura e calendário para a realização, em 1998, da III Conferência Estadual de Saúde;
- Orçamento e infra-estrutura para o CES/RJ;
- Instalação de um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) no Hospital Estadual de Saracuruna;
- Convocação e realização de plenárias de saúde, seminários e encontros de conselheiros;
- Representações contra o Secretário Estadual de Saúde e Presidentes do CES/RJ junto ao Ministério Público Federal, por desrespeito à Legislação do SUS e a não homologação das deliberações do plenário do conselho.

Em 1999, o CES/RJ realizou, até o mês de agosto, seis reuniões ordinárias e uma reunião extraordinária, com as seguintes pautas principais:

- Apresentação da nova direção e estrutura da Secretaria de Estado de Saúde;
- Aprovação do calendário de reuniões para 1998;
- Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde; infra-estrutura e orçamento do Conselho Estadual de Saúde e realização da III Conferência Estadual de Saúde, em setembro de 1999;
- Realização da Pré-Conferência de Saúde para eleição dos Conselheiros do CES/RJ para o biênio 1999/2001;
- Realização de audiência pública de prestação de contas do CES/RJ;
- Eleição da Comissão Organizadora da III Conferência Estadual de Saúde e da Comissão Especial para análise das contas e atos da gestão 1994/1998 da SES/RJ.

Foram realizados no período dois seminários. O primeiro, sobre o Programa de Erradicação do *Aedes aegypte*, que contou com a participação de 102 representantes de várias entidades da sociedade civil, de profissionais de saúde e gestores do SUS, com debate sobre financiamento e estratégias para o combate ao mosquito transmissor do dengue. O segundo, sobre Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, que contou com a participação de 314 representantes dos vários segmentos da sociedade civil, tendo recebido o apoio do Conselho Regional de Farmácia e do Instituto Vital Brasil, oportunidade em que se discutiu os problemas da Política de Medicamentos e as dificuldades da Assistência Farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro, e foram apresentadas várias sugestões para busca de equalização dos problemas.

No período 1996/1999 aconteceram quatro Plenárias Estaduais de Saúde, todas no Auditório do 10.º andar, do prédio do Ministério da Saúde, à Rua México, 128:

- A 1.ª Plenária, realizada em 25/7/1997, teve dois pontos na pauta: a) Política de Financiamento e atos de apoio à PEC/169, b) Implementação da NOB 001/96 e novos modelos de gestão, e contou com a participação de 178 representantes da sociedade civil organizada.
- A 2.ª Plenária, realizada em 10/3/98, foi preparatória para o II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, realizado em Brasília nos dias 2 a 4 de julho de 1998. Essa Plenária contou com a participação de 85 conselheiros municipais e estaduais e teve como principal objetivo preparar a intervenção da Delegação do Estado do Rio de Janeiro no Encontro Nacional.
- A 3.ª Plenária, realizada em 4/12/98, contou com a participação de 70 conselheiros de saúde e autoridades convidadas. Na pauta constava a apresentação do Relatório das Atividades do CES/RJ, referentes aos anos 1997/1998.
- A 4.ª Plenária foi realizada em 10/5/99 e era preparatória para o III Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, a ser realizado em Brasília nos dias 18 e 19 de maio de 1999. Teve como objetivo principal elaborar um documento, com as posições dos Conselheiros do Estado do Rio de Janeiro, a ser apresentado no Encontro, contando com a participação de 88 conselheiros municipais e estaduais de saúde e convidados. Tiveram 24 municípios representados.

2.4.3 Gestão 1999/2001

A nova gestão da Secretaria-Executiva do CES/RJ iniciou-se em maio de 1999.

A Conferência de Saúde que estava prevista para o ano anterior não ocorreu.

Em 1999, o CES realizou reuniões ordinárias e extraordinárias, tendo como principais ações implementadas:

Luta pela Saúde na
Região Metropolitana do Rio de Janeiro

- Convocação da Pré-Conferência Estadual de Saúde, realizada em 21 de agosto, na qual foram escolhidos os membros do Conselho para a gestão 1999/2001;
- Realização de duas Plenárias Estaduais de Saúde preparando a representação do estado nas VII e VIII Plenárias Nacionais de Saúde, convocadas pelo CNS e realizadas em maio e novembro de 1999, respectivamente;
- Realização da III Conferência Estadual de Saúde;
- O CES assinou uma carta aberta à sociedade manifestando o apoio à lei municipal que obriga os servidores das unidades de saúde do município a informar às vítimas de estupro direito que possuem de realizar aborto-legal.

No ano de 2000, houve a realização de reuniões ordinárias e extraordinárias. Os temas discutidos e que tiveram deliberações foram:

- Aprovação do Projeto de Capacitação para Conselheiros em Plenária Extraordinária;
- Criação de sete Comissões temáticas, entre estas, a de Qualidade e Gestão dos Serviços de Saúde e a Comissão de Política de Insumos e Medicamentos;
- Eleição de uma Comissão Executiva para o encaminhamento das decisões das Plenárias e organização das pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Aprovação do Projeto de Regionalização das Ações do CES e a definição dos oito conselheiros articuladores regionais;
- Realização da primeira Audiência Pública do CES com o tema: Consórcio e Saúde na Baixada Fluminense;
- Criação do *VIA CES*, um boletim informativo com objetivo de divulgar as informações e decisões das plenárias.

Em 2001, foram realizadas 11 reuniões ordinárias e oito extraordinárias, as principais propostas discutidas e aprovadas foram:

- Discussão do Plano Estadual de Saúde sob a coordenação da Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento da SES/RJ;
- Organização das Conferências Estaduais de Vigilância Sanitária e de Saúde Mental;
- Realização das Plenárias Estaduais e Regionais;
- Participação nas Plenárias de Saúde.

Observação: Não se pode analisar a gestão 2001-2004 pois não há dados suficientes. Este é um desafio a ser realizado.

2.5 DELIBERAÇÕES DO CES/RJ

O CES/RJ, desde sua criação até 1999, votou e aprovou 17 deliberações, sendo que sete não foram homologadas pelo Secretário Estadual de Saúde, tendo sido apresentada denúncia ao Ministério Público, em 11/8/98. Outras denúncias, fruto de deliberações não cumpridas a partir de 2001, também foram apresentadas em 2002/2003.

2.5.1 Deliberações do CES/RJ Homologadas pelo Secretário Estadual de Saúde

- I - Alteração da Lei Complementar n.º 71/91, publicada no DOE de 23/1/96.
- II - Consolidado de legislação que disciplina o CES/RJ – Decreto n.º 22.172, publicado no DOE em 15/5/96.
- III - Definição do quantitativo de delegados para a II Conferência Estadual de Saúde – Deliberação n.º 4/CES/SES, publicada no DOE em 5/7/96;
- IV - Regimento Interno do CES/RJ – Deliberação CES/SES n.º 5, publicada no DOE em 30/7/96.
- V - Convocação da II Conferência Estadual de Saúde – Decreto n.º 22.298, publicado no DOE em 27/7/96.
- VI - Composição do Conselho Estadual de Saúde – Deliberação CES/SES n.º 5, publicada no DOE em 24/7/96.
- VII - Composição da nova gestão do CES/RJ, conforme Deliberação da II Conferência Estadual de Saúde e publicada no DOE em 25/2/97;
- VIII - Constitui a Comissão Executiva do CES/RJ – Deliberação CES/SES n.º 6, publicada no DOE em 21/11/97.
- IX - Alteração representantes, conforme substituições encaminhadas por entidades e instituições conselheiras – Deliberação CES/SES n.º 7, publicada no DOE em 21/11/97.
- X - Definição, por município do estado, do quantitativo de delegados para a III Conferência Estadual de Saúde, utilizando o critério populacional conforme o último censo do IBGE – Deliberação CES/SES n.º 8, publicada no DOE em 17/9/98.

2.5.2 Deliberações do CES/RJ Não Homologadas pelo Secretário Estadual de Saúde

- I - Estabelece critérios para aprovação do Modelo de Gestão nas Unidades de Saúde Públicas e/ou Gerenciadas pelo Estado do Rio de Janeiro – Aprovada pelo CES/RJ.
- II - Aprova Plano de Expansão e Interiorização da Rede Estadual de Hemoterapia – Aprovada pelo CES/RJ em 26/9/97.

Luta pela Saúde na
Região Metropolitana do Rio de Janeiro

- III - Determina remessa ao Plenário do CES/RJ das pactuações formuladas pela CIB referentes às habilitações dos municípios nos modelos de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal – Aprovada pelo CES/RJ em 17/4/98.
- IV - Requer a SES/RJ remessa ao Plenário do CES/RJ dos projetos em andamento, com vistas à implantação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – Aprovada pelo CES/RJ em 17/4/98.
- V - Determina à SES/RJ prover o CES/RJ, à luz da legislação em vigor e da infra-estrutura necessária ao seu funcionamento – Aprovada pelo CES/RJ em 17/4/98.
- VI - Determina a suspensão do Processo de Licitação para Terceirização da Administração dos Hospitais Estaduais (Plano HELP) – Aprovada pelo CES/RJ em 17/4/98.
- VII - Determina ao Secretário de Estado de Saúde a remessa ao CES/RJ das pactuações formuladas pela CIB e referentes ao Projeto ReforSUS – Aprovada pelo CES/RJ em 17/4/98.

Composição do Conselho Estadual de Saúde – Gestão iniciada em 2004

USUÁRIOS		PROFISSIONAIS DE SAÚDE		PRESTADORES DE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS				
ENTIDADE	T	S	ENTIDADE	T	S	ENTIDADE	T	S
➤ Federação das Associações de Moradores – Famerj	2	2	➤ Sindicatos da Área da Saúde: Sinmed Sindpsi	1	1	➤ Prestadores de Serviços Públicos: SES/RJ	1	1
➤ Federação das Associações de Favelas – Faferj	2	2	Sinden/RJ Sinerj	1	1	➤ Universidades: UERJ UFRJ	1	1
➤ Movimentos Não-Governamentais de Defesa dos Direitos da Mulher: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos/Regional Rio de Janeiro Ser Mulher	1	1	Satemrj Sinferj Sindsprev Saserj	1	1	Cosems: SMS – Paraty SMS – São José do Vale do Rio Preto Secretaria de Estado da Defesa Civil (Sedec)	1	1
➤ Usuários membros de CMSs: CMS – Volta Redonda CMS – Mangaratiba CMS – Campos dos Goytacazes CMS – Carmo CMS – Queimados CMS – Niterói	1	1	➤ Conselhos Regionais Profissionais CRF Cremerj Crefito CRFo	1	1	Cedim Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Rio de Janeiro – Sindherj	1	1
➤ Federação dos Trabalhadores na Agricultura – Fetag	1	1				➤ Hospitais filantrópicos conveniados com SUS: Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas e Beneficentes do Estado do Rio de Janeiro.	1	1
➤ CUT	2	2	CRPSI CRN	1	1			
➤ Entidades de Defesa dos Direitos dos Aposentados – Estadual: Faperj	1	1						
➤ Entidades de Portadores de Deficiência – Estadual Associação de Renais Crônicos do Estado do Rio de Janeiro – Arerj Associação dos Falcêmicos e Talasêmicos do Rio de Janeiro União dos Cegos no Brasil – UCB Sociedade Amigos da Vila Kennedy	1	1						

Fonte: Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde, 2004.

2.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto, percebe-se que o Conselho Estadual tem potencial para ser um espaço de efetivo controle social, ou seja, de interferência da sociedade sobre o Estado, democratizando a Política Estadual de Saúde.

Torna-se fundamental, entretanto, que algumas alterações sejam efetivadas no que se refere não só à dinâmica de funcionamento, mas também à adoção de mecanismos visando ao fortalecimento desse espaço e fortalecendo sua comunicação com a sociedade civil.

Em relação à dinâmica, observa-se que a maioria das reuniões são longas e não-operativas em virtude de diversos motivos, cabendo destacar: a falta de informação dos conselheiros para decidir e a grande quantidade de informes e denúncias.

A democratização das informações é um mecanismo fundamental para a participação do conselheiro, principalmente os representantes dos usuários. Percebe-se que alguns conselheiros desconhecem a história da política de saúde, não têm informações sobre a situação da saúde estadual e não dominam a legislação básica do setor. Outro aspecto é a falta de divulgação antecipada da pauta, bem como da socialização dos dados a serem discutidos pela Secretaria Estadual de Saúde.

Ressalta-se, também, a necessidade de comunicação do Conselho com a sociedade civil por meio de boletins informativos, divulgação de suas ações e de suas reuniões. Outro ponto crítico é a comunicação com os conselhos municipais e distritais.

O Projeto Políticas Públicas de Saúde⁶ tem investido na democratização das informações por meio da elaboração de material informativo e formativo, nos cursos de capacitação para conselheiros de saúde, na elaboração de planos de saúde, na promoção de inúmeros debates e seminários, e na assessoria a temas específicos. Remando contra a maré, aposta-se no fortalecimento do controle social na Saúde como uma das formas de possibilitar o fortalecimento do Projeto de Democracia de Massas no Brasil, pelas seguintes estratégias:

- Democratização das informações relativas à área de Saúde;
- Realização de encontros populares de saúde e/ou pré-conferências;
- Rearticulação dos conselhos comunitários de saúde e/ou fóruns populares;
- Implantação ou rearticulação dos conselhos gestores de unidades;
- Elaboração de planos de saúde com a participação dos sujeitos sociais;
- Mobilização e/ou iniciativas para modificar a composição dos conselhos não-paritários;
- Articulação entre os conselheiros representantes dos usuários e trabalhadores de saúde;
- Capacitação dos conselheiros de saúde na perspectiva crítica e propositiva;
- Criação de fóruns de conselhos por região.

⁶ Este projeto é vinculado à UERJ, coordenado pela primeira autora desse trabalho e financiado pelo CNPq, Faperj e Uerj.

3 CONSELHOS E COMISSÕES DE POLÍTICAS E DIREITOS EXISTENTES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO¹

Maria Inês Souza Bravo
Maurílio Castro de Matos
Andréa Gonzaga de Oliveira
Rose Santos Pedreira

3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Constituição Federal de 1988 foi fruto de toda a efervescência dos movimentos sociais, desde a década de 70, na perspectiva de corrigir as seculares injustiças sociais e na busca da redemocratização da sociedade brasileira. A Constituição Cidadã inova ao trazer a participação popular na gestão das políticas públicas. Na busca de uma nova relação entre o Estado e a sociedade, são criados os conselhos de política e de direitos², locais privilegiados de elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.

Os conselhos são instâncias tensas, em que se presencia diversos projetos em disputa. Os conselhos são espaços alicerçados numa nova modalidade de participação, ou seja, na democracia participativa (BRAVO, 2001). Assim, para que essas instâncias sejam, de fato, espaços democráticos, é necessário que sejam deliberativas e não-consultivas, além disso, devem ser paritárias em relação aos usuários, trabalhadores da área e gestores/poder público.

Segundo a pesquisa/estudo “Conselhos Municipais e Políticas Sociais”, realizada pelo Ibmam, Ipea e Comunidade Solidária em 1997, há três tipos principais de conselhos:

- 1) Conselhos de Programas: não se referem à extensão de direitos e, sim, às metas dos programas. A participação, nestes conselhos, prevê, além do acolhimento da população-alvo, as parcerias e suas potências econômicas e políticas. Exemplos: Conselhos Municipais de Desenvolvimento Rural, de Alimentação Escolar, de Habitação, de Emprego e de Distribuição de Alimentos.

¹ Texto elaborado em 2002.

² Registra-se que antes mesmo da Constituição de 1988, no Governo Sarney, foram criadas Comissões Setoriais, com a participação da população, nas áreas da previdência social, assistência social, sistema nacional de habitação, saneamento, educação e reforma sanitária com a perspectiva de proposição de reformas para as referidas áreas (STEIN, 2000).

- 2) Conselhos de Políticas: trata-se das políticas públicas mais estruturadas e concretizadas em sistemas nacionais. Exemplos: Conselhos de Saúde, Assistência Social, de Educação, de Direitos da Criança e de Adolescentes.
- 3) Conselhos Temáticos: está associado a grandes movimentos de idéias ou temas gerais. Exemplo: Conselhos de Direitos da Mulher, de Cultura, de Esportes, de Transportes, etc. (TATAGIBA, 2002).

Os Conselhos foram criados, no início da década de 90, nos três níveis de governo: nacional, estadual e municipal e após as Leis Orgânicas de cada área. No entanto, muitos Conselhos de Política e de Direitos ainda não estão regulamentados em nível nacional. Pressupõe-se que a mobilização da sociedade civil organizada teve maior poder reivindicatório e conseguiu muitos avanços em algumas políticas específicas, tais como a da Saúde, da Assistência Social e dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes.

3.2 OBJETIVO DA PESQUISA

A Saúde tem vários fatores determinantes e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990a, art. 3.º).

Por entendermos que a área de Saúde engloba diversos determinantes e se relaciona diretamente com as demais políticas sociais, este estudo tem como objetivo traçar um panorama de como se configura a arena do controle social para além da Política de Saúde, principal objeto de pesquisa do Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro.

Assim, buscamos analisar os Conselhos e as Comissões³ de Políticas e de Direitos existentes no Estado do Rio de Janeiro, de acordo com a concepção de controle social inscrita na Constituição de 1988, que consiste na participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais (BRAVO, 2001).

3.3 METODOLOGIA

A partir da realização do levantamento dos Conselhos e das Comissões de Políticas e de Direitos existentes no Rio de Janeiro, em nível estadual, foi possível elencar os seguintes:

³ Ressaltamos que a inclusão das comissões no âmbito desta pesquisa ocorreu baseada na hipótese de que estas se estruturavam de forma semelhante aos conselhos.

CE.Cont.	Conselho Estadual de Contribuintes
CE Educ.	Conselho Estadual de Educação
CEC	Conselho Estadual de Cultura
Conema	Conselho Estadual de Meio Ambiente
Cedim	Conselho Estadual dos Direitos da Mulher
Cedeca	Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente
CEDH	Conselho Estadual de Direitos Humanos
CEE	Comissão Estadual de Emprego
Ceae	Conselho Estadual de Alimentação Escolar
CEDPI	Conselho Estadual de Defesa da Pessoa Idosa
Ceas	Conselho Estadual de Assistência Social
Ce aids	Comissão Estadual de DST e Aids
Cead	Conselho Estadual de Anti-Drogas
CES	Conselho Estadual de Saúde

O estudo destes conselhos e comissões, realizado em 2001, se deu por meio da análise dos seguintes elementos: lei de criação, regimento interno, realização de conferências e composição.

Para levantamento destes dados, foram utilizados como forma de consulta e pesquisa: a realização de visitas às sedes dos conselhos e comissões; entrevistas com membros dos conselhos e comissões; contatos telefônicos; pesquisa na internet; pesquisa e análise de documentos dos conselhos e comissões.

3.4 RESULTADOS

Os resultados alcançados foram analisados conforme os seguintes eixos: caráter deliberativo, paridade na composição, realização de conferências e ano de criação dos conselhos e das comissões.

A partir destes eixos construímos a seguinte tabela:

Tabela 1. Conselhos de Política de Direitos do Estado do Rio de Janeiro

Conselhos	Lei de Criação	Conferências	Caráter	Composição
Conselho Estadual de Contribuintes	Decreto n.º 5, de 15/3/1975	Não	Deliberativo	Paritário ½ Sociedade civil e governo
Conselho Estadual de Educação	Lei n.º 51, de 3/4/1975	1999 realizada pela Secretaria de Educação	Não-deliberativo Consultivo Normativo	Não-paritário
Conselho Estadual de Cultura	Decreto n.º 58, de 4/4/1975	Não, apenas seminários e encontros regionais	Deliberativo Consultivo Normativo Planejamento Setorial	Não paritário Conselho de Notáveis
Conselho Estadual de Meio Ambiente	Decreto n.º 9.991/87	Não	Deliberativo normativo	Paritário ½ Sociedade civil e governo
Conselho Estadual dos Direitos da Mulher	Decreto n.º 9.906, de 6/5/1987, e posteriormente pela Lei Estadual n.º 2.837, de 19/1/97	Não	Deliberativo Assessorar Formular Monitorar a implantação de políticas de gênero	Não-paritário
Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente	Decreto n.º 1.697/90	2	Deliberativo e Fundo (Cons. Adm.)	Paritário ½ Sociedade civil e governo
Conselho Estadual de Saúde	Decreto n.º 90, 1991	Sim	Deliberativo Consultivo Normativo Fiscalizador	Paritário 50% usuário 25% profissional 25% governo
Conselho Estadual de Direitos Humanos	Lei Comp. n.º 77/93 e Proj. Lei n.º 896/99, propondo alterações	Não	Não-deliberativo Consultivo Normativo	Paritário ½ Sociedade civil e governo
Comissão Estadual de Emprego	Decreto n.º 21.470/95	Não	Deliberativo sobre os recursos do FAT	Paritário 1/3 Sindicatos Governo Empresários
Conselho Estadual de Alimentação Escolar	Lei n.º 22.077, de 25/3/1996	Não	Deliberativo Consultivo Normativo Fiscalizador	Não-paritário
Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa	Lei n.º 2.536, de 8/4/1996	Não apenas um fórum permanente e mensal	Deliberativo Consultivo Normativo Fiscalizador	Paritário ½ Sociedade civil e governo

continua

**Luta pela Saúde na
Região Metropolitana do Rio de Janeiro**

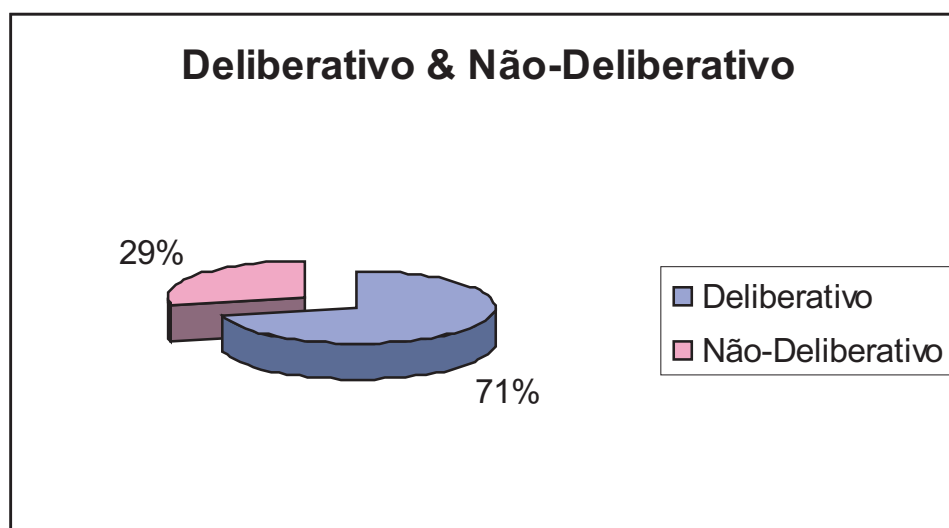
continuação

Conselho Estadual de Assistência Social	Lei n.º 2554, de 14/5/1996	Conferência a se realizar nos dias 28 e 29 de setembro de 2001	Deliberativo Consultivo Normativo Fiscalizador Regulador	Paritário 1/2 Sociedade civil e governo
Comissão Estadual de Aids	Resolução Estadual n.º 1.161, de 19/11/1997	Não	Não-deliberativo Consultivo Normativo	Paritário 1/2 Sociedade civil e governo
Conselho Estadual Anti-Drogas	Decreto n.º 25844, de 17/12/1999	I Fórum Anti-Drogas -1999	Deliberativo Consultivo Normativo	Não-paritário

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2001.

A partir da Tabela 1, construímos os gráficos que se seguem e que nos possibilitam algumas considerações a respeito dos seguintes eixos analisados.

Gráfico 1. Caráter dos Conselhos



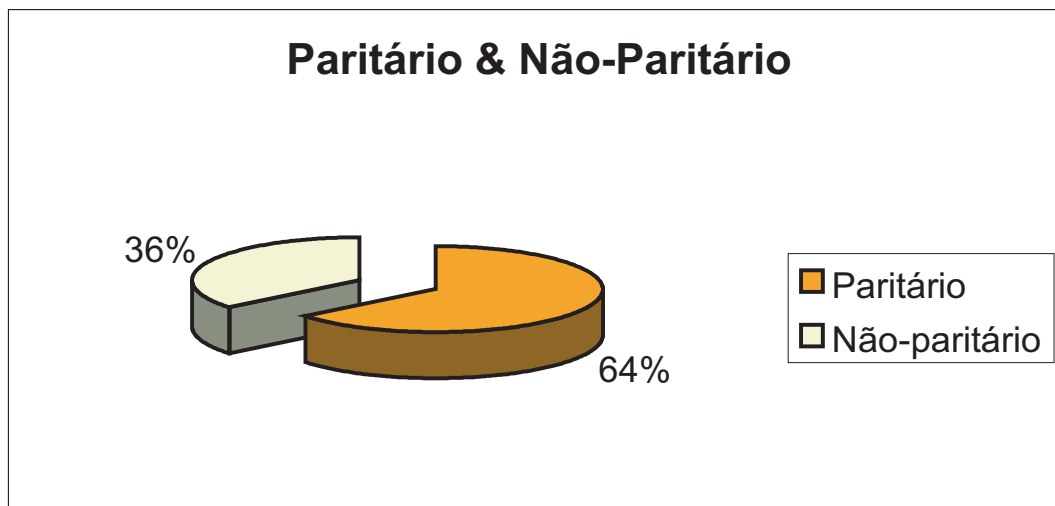
Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2001.

A análise do caráter dos conselhos é fundamental, pois neste quesito percebemos qual a relevância que eles assumem nas decisões do governo. Sobre o caráter consultivo ou deliberativo dos conselhos, Santos (2002) argumenta que:

Enquanto o de atribuição consultiva concebe a participação como colaboração e assessoria à gestão, conformando conselhos do tipo técnico-normativo integrados por técnicos de notório saber, o de atribuição deliberativa a concebe como constituição de espaços de poder, capazes de interferir na natureza da gestão das políticas públicas. (SANTOS, 2002, p. 65).

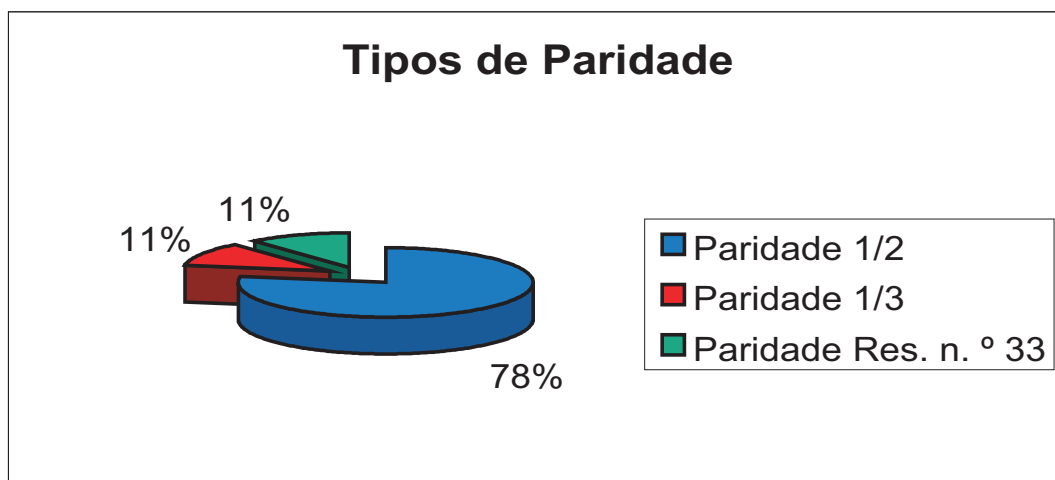
Percebemos que, entre os 14 conselhos e comissões estudados, dez se apresentam como deliberativos, o que representa 71%. Santos (2002) observa que alguns conselhos, apesar de deliberativos, também desempenham um papel consultivo em várias matérias, como, por exemplo, no que diz respeito às questões orçamentárias e à legislação, que se mantêm como atribuições exclusivas do Poder Executivo e Legislativo.

Gráfico 2. Caráter dos Conselhos



A paridade pode ser considerada um termômetro da correlação de forças entre o poder público e a sociedade civil organizada. Dessa forma, no tocante à paridade, ou seja, os conselhos possuírem proporcionalidade entre os representantes dos segmentos (sociedade civil e governo) no interior dos conselhos e comissões, dos 14 pesquisados, temos nove (64%) que o são.

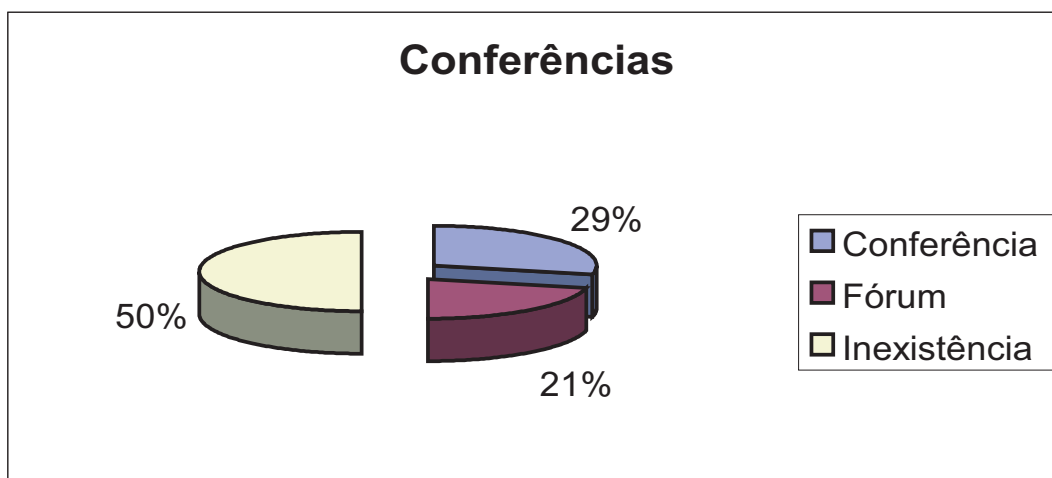
Gráfico 3. Caráter dos Conselhos



Dos nove conselhos e comissões que apresentam o critério de paridade, sete deles (78%) apresentam uma paridade caracterizada como $\frac{1}{2}$, ou seja, metade representada pelo governo e a outra metade representada pela sociedade civil. Em seguida, temos um percentual referente à 11%, com a paridade de $\frac{1}{3}$, que se caracteriza pela divisão igualitária entre os três segmentos (centrais sindicais, governo e empregadores). O outro, que significa 11%, possui o modelo que consideramos mais avançado, é o Conselho Estadual de Saúde que segue a Resolução n.º 33/92⁴ e que tem como critério para a paridade: 25% gestores e prestadores de serviço, 25% trabalhadores de saúde e 50% usuários.

Consideramos o mais avançado, pois garante 50% do seu espaço para os usuários, que é o alvo principal das políticas na qual estão inseridos, permitindo aos mesmos o maior controle não só nas ações que sofrem, mas também nas ações que demandam. Além disso, é importante destacar que o conselho de saúde é o único que garante a cota de 25% para os trabalhadores de saúde. Esse avanço se deve ao fato de que a luta pela saúde envolveu diversos setores da sociedade, entre eles, intelectuais, profissionais de saúde, sindicatos e movimentos sociais.

Gráfico 4. Realização de Conferências



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2001.

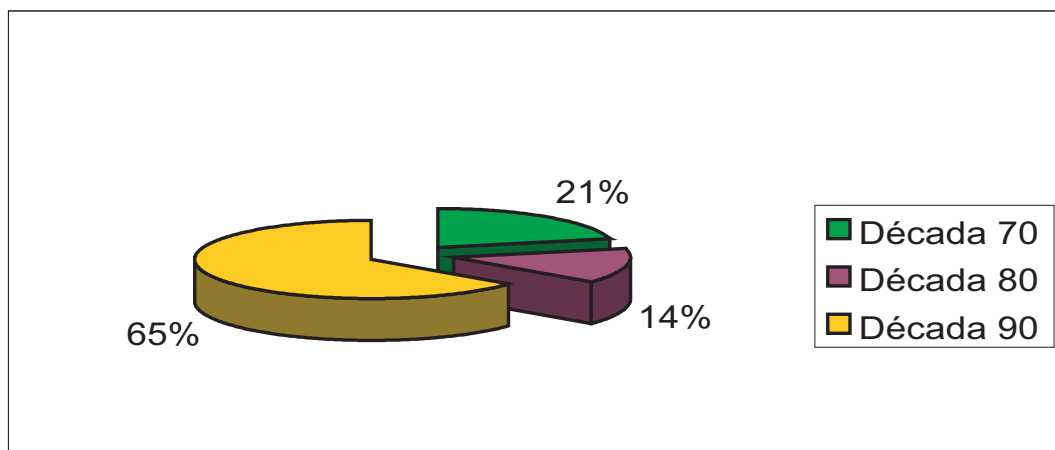
As conferências são eventos que devem ser realizados periodicamente, com a finalidade de discutir a política de cada área e propor diretrizes de ação. As deliberações das conferências devem nortear a implantação da política, devendo, dessa forma, influenciar as discussões travadas nos conselhos (BRAVO, 2001). É importante destacar que, nestes espaços, são eleitas as entidades que compõem os conselhos. Assim, entendendo a importância das conferências para o controle social nas políticas públicas, podemos perceber que apenas quatro (29%) dos conselhos realizam

⁴ Esta resolução foi consolidada recentemente pela Resolução n.º. 333/03, do Conselho Nacional de Saúde.

conferências, enquanto que sete (50%) não possuíam esse espaço e três (21%) possuíam fóruns que se constituíam em espaços de discussão, mas sem o caráter de deliberação.

No que se refere ao ano de criação dos conselhos e comissões, percebemos, de acordo com o Gráfico 5, que 65% foram criados na década de 90; 21% na década de 70; e 14% na década de 80.

Gráfico 5. Ano de Criação



Há uma hipótese de que a maioria dos conselhos foi criada na década de 90 visando o recebimento de repasses de verbas da União. Gohn (2001) argumenta que “as reformas operadas no Estado brasileiro, na última década, articularam a existência de conselhos ao repasse de recursos financeiros do nível federal ao estadual e ao municipal” (GOHN, 2001, p. 84).

No entanto, ressaltamos que não se deve desmerecer a pressão dos movimentos sociais no processo de redemocratização do País, na busca de uma nova relação entre o Estado e a sociedade. Na Saúde, a sociedade civil organizada foi o principal agente fomentador da criação dos conselhos de saúde por meio dos conselhos comunitários (BRAVO, 2001).

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Quem tem consciência para ter coragem,
quem tem a força de saber que existe
e no centro da própria engrenagem inventa a contra-mola que resiste”*
(João Ricardo e João Apolinário)

Apesar dos limites das informações da pesquisa, podemos afirmar a relevância da existência dos Conselhos e das Comissões de Políticas e Direitos para a afirmação do controle social e da participação da sociedade civil nas decisões das políticas públicas.

Ressaltamos que, entre os conselhos e as comissões estaduais identificados, pelo menos 50% tem instâncias tanto na esfera nacional quanto municipal em boa parte do País. Destacam-se, principalmente, os Conselhos de Saúde, Assistência Social, Direitos da Criança e do Adolescente, Educação, Trabalho/Emprego, Meio Ambiente e Cultura (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2001).

Assim, compreendemos estes espaços como inovações na gestão das políticas sociais a fim de estabelecer novas bases na relação Estado-sociedade (BRAVO, 2001).

Contudo, embora a Carta Magna preconize a participação da comunidade na gestão democrática das políticas públicas, ainda encontramos muitas debilidades no que diz respeito ao controle social. Apesar dos ganhos jurídicos expressos na Constituição Federal de 1988, frutos da mobilização popular, presenciamos, a partir da década de 90, a adoção das políticas neoliberais de redução do Estado nas políticas sociais e no aumento do desemprego, refletindo, dessa forma, no refluxo dos movimentos sociais. Além disso, há a falta de tradição participativa da sociedade civil na gestão da esfera pública, tendo em vista os longos anos ditatoriais em que foi tolhida qualquer forma de participação política.

Estes determinantes se refletem na configuração dos conselhos e das comissões aqui estudados, de modo que estes não correspondem à concepção de controle social inscrita na Constituição de 1988. Como podemos perceber, somente três conselhos estaduais – Conselho Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Assistência Social e Conselho Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente – responderam ao critério de participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais e direitos.

Esta conjuntura de fragilização dos movimentos sociais se reflete na fragmentação dos conselhos e comissões, isolando os sujeitos políticos que, dessa forma, tem o seu potencial de luta e de reivindicação extremamente diminuídos.

Na tentativa de superar esses limites, elencamos algumas propostas (BRAVO, 2001):

- Luta pela democratização do Estado;
- A articulação entre os diferentes sujeitos que atuam nos conselhos e fóruns, visando ao fortalecimento dos mesmos, através de Fóruns de Políticas Sociais e Direitos;
- Estabelecimento de canais de comunicação dos conselhos com a sociedade, como, por exemplo, boletins informativos dos conselhos;
- Constituição de assessoria e realização de cursos de capacitação política para os conselheiros.

Estas proposições são alguns indicativos para defesa e luta pela gestão democrática das políticas públicas – que, além de possível, mostra-se necessária – tanto como demanda real das classes trabalhadoras como instrumento estratégico com vistas à criação de uma outra ordem societária, sem dominação econômica, social e política (BRAVO, 2001).

Manifesto às Conferências de Política e de Direitos

Tendo em vista o período de realização das conferências de política e de direitos, nos âmbitos municipais, estaduais e nacional, entendemos ser fundamental:

- 1) Alertar que a política econômica ora encaminhada pelo Governo Lula aprofunda o mesmo caminho adotado nos últimos anos pela política neoliberal, à medida que tira verbas destinadas às políticas sociais para pagamento das dívidas interna e externa, reduzindo a possibilidade de ações voltadas para a universalização dos direitos;
- 2) Garantir que os conselhos e as conferências cumpram seu papel no processo de democratização do Estado, particularmente no que diz respeito ao seu caráter deliberativo e ao encaminhamento de suas decisões pelo poder público das diferentes esferas;
- 3) Recuperar o conceito de Seguridade Social consagrado na Constituição Federal de 1988, evitando ações sociais focalizadas e resgatando para o Estado seu papel de responsável em oferecer condições dignas de vida e trabalho para a população;
- 4) Articular, em conjunto com usuários das políticas, movimentos sociais e todos os cidadãos e entidades comprometidos com o caráter público, laico e universal destas políticas, no sentido de constituirmos fóruns de políticas públicas em nível municipal, estadual e nacional, de forma a garantir que a seguridade social pública no Brasil se realize nas políticas governamentais.

Rio de Janeiro, 29 de agosto de 2003.

I Plenária Estadual de Assistentes Sociais e Estudantes de Serviço Social participantes de Conselhos de Política e de Direitos, promovida pelo Conselho Regional de Serviço Social (Cress), em 2003.

4 CONSELHOS GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE¹

Maria Inês Souza Bravo
Lucilene Cabral de Souza
Márcia Caldas Martins Voga
Rodriane de Oliveira Souza

4.1 APRESENTAÇÃO

O texto procura enfatizar o controle social em nível local, destacando a importância dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde (CGUS) e apresenta uma análise preliminar da experiência dos Conselhos Gestores no Município de Duque de Caxias, realizada em 1999.

O Projeto Políticas Públicas de Saúde da UERJ acompanhou a experiência dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, em Caxias, desde de 1995. Inicialmente, foi estudado o Conselho Gestor de Parque Equitativa e, posteriormente, foram analisados os demais conselhos formados nas unidades de médio e grande porte, totalizando oito: Hospital Geral de Duque de Caxias, Maternidade de Xerém, Centro Regional de Atendimento Integral a Saúde (Crais) de Saracuruna, Postos Médicos Sanitários de Campos Elíseos, Xerém, Imbariê e Pilar. Somente duas unidades de médio e grande porte do município não fizeram parte desta análise por não possuir ainda uma discussão sobre CGUS: o Hospital Infantil Ismélia da Silveira e o Centro Médico. Assim, das dez maiores unidades de saúde do município, oito já possuem conselhos.

Outra participação do Projeto foi o acompanhamento da discussão da normatização dos Conselhos Gestores que resultou na Resolução n.º 002/97, do Conselho Municipal de Saúde. Ressalta-se, também, a realização do 1.º Curso de Capacitação de Representantes dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde de Duque de Caxias, realizado em março de 1999, pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, com o Conselho Comunitário de Saúde e com a Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias.

A pesquisa utilizou como procedimento: observação das reuniões dos conselhos, entrevistas com sujeitos políticos envolvidos nessas entidades, estudo bibliográfico e documental acerca deste tema.

¹ A primeira versão deste texto foi publicada na Coletânea “Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio” (BRAVO; MATOS; ARAÚJO, 2001).

4.2 IMPORTÂNCIA DOS CONSELHOS GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE

Os conselhos de saúde compõem uma estrutura de gestão participativa propícia ao exercício da democratização das ações. Articulados com os conselhos nacional, estaduais e municipais estão os conselhos distritais que, mais em nível da realidade local, representam o processo social de mudança das práticas sanitárias, na perspectiva de um confronto mais direto e singular na interação dos diversos sujeitos sociais da comunidade. Dentro da mesma perspectiva de gestão democrática, são apontados na 8.^a, 9.^a e 10.^a Conferências Nacionais de Saúde os Conselhos Gestores de Unidade como mecanismos de viabilização de tal gestão, porém estes não passaram para o formato de lei. Estes conselhos vem sendo implementados independentemente de uma lei que os regulamente em nível federal. No entanto, para que sejam reconhecidos oficialmente, é necessária sua aprovação no Conselho Municipal de Saúde (CMS), bem como constar na Lei Orgânica do Município, garantindo, assim, sua estabilidade no processo político.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS CONSELHOS GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE (CGUS)

Os Conselhos Gestores ou Diretores de Unidades de Saúde são mecanismos de exercício do controle social em nível local. Trata-se de uma instância colegiada, organizada pela unidade de saúde, de caráter permanente, com funções deliberativas e fiscalizadoras.

Estes conselhos, porém, não são regulamentados nacionalmente. A Lei n.º 8.142/90, regulamenta somente os conselhos de saúde em nível federal, estadual e municipal. A regulamentação dos CGUS depende da realidade de cada município ou estado.

Sua composição deve ser uma representação paritária dos três segmentos: usuário (50%); gestores (25%) e trabalhadores de saúde (25%), seguindo o exemplo da regulamentação nacional.

Suas atribuições seriam:

- Fiscalizar, acompanhar, controlar, avaliar e orientar a política de saúde da unidade local, conforme normatização do SUS;
- Planejar as ações individuais e coletivas da unidade, a partir da realidade local onde estejam implantadas;
- Estabelecer e aplicar critérios de avaliação e controle do trabalho desenvolvido pela unidade de saúde, deliberando sobre mecanismos corretivos, tendo em vista o atendimento às prioridades da população local;
- Estabelecer canais de comunicação com a comunidade.

Algumas experiências de conselhos em unidade de saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro já existiram, como no Hospital Geral de Nova Iguaçu, mais conhecido como Hospital da Posse e em alguns hospitais do Rio de Janeiro, como o Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital do Andaraí e Hospital dos Servidores do Estado. Porém, estes conselhos não tinham amparo legal, e dependiam da mobilização dos trabalhadores de saúde, dos usuários e da abertura da direção da unidade para o seu funcionamento. No município do Rio de Janeiro, foi aprovado pela Câmara Municipal um projeto de lei, de autoria do então vereador Paulo Pinheiro, que regulamentava os conselhos gestores de unidades mas que foi vetado pelo Prefeito Conde, em sua gestão.

Há também a experiência dos hospitais estaduais que tiveram a sua gestão terceirizada no governo de Marcelo Alencar (1994-1998). No Governo Garotinho (1998-2001), houve a retomada da gestão dos hospitais cuja direção foi assumida por comissões que ficaram conhecidas pelo termo “Conselhos Gestores”. Estes “Conselhos” porém, apesar de receber este nome, tinham o objetivo de administrar a unidade e sua composição era de quatro pessoas formada por: uma indicada pelo governo e três chefes de setores dos hospitais. A regulamentação de Conselhos Gestores de Unidades para o exercício do controle social em unidades estaduais de saúde depende ainda de uma lei a ser votada na Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj).

Sabe-se da existência de conselhos gestores em outros municípios como Volta Redonda, Niterói e Angra dos Reis. Na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro a experiência mais avançada, já com a regulamentação destes conselhos, é o Município de Duque de Caxias.

4.4 CONSELHOS GESTORES DE UNIDADES NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS

4.4.1 Finalidades e Atribuições

Na Resolução n.º 002, de 11/4/97, que regulamenta a implantação de Conselhos Diretores em diversas Unidades de Saúde do Município de Duque de Caxias, o artigo 10 determina as seguintes funções aos conselhos:

- I. fiscalizar, acompanhar, controlar, avaliar e orientar a política de saúde ao nível da unidade local, conforme a normatização do SUS;
- II. planejar as ações individuais e coletivas de saúde daquela unidade a partir da realidade local onde estejam implantadas;
- III. estabelecer e aplicar critérios de avaliação e controle de trabalho desenvolvido pela unidade de saúde, deliberando mecanismos corretivos tendo em vista o atendimento às prioridades da população local;

- IV. avaliar a qualidade do atendimento pelas unidades contratadas e/ou conveniadas ao SUS, na área de sua abrangência;
- V. em caso de denúncia de mau atendimento na unidade de saúde, registrar nomes e dados do usuário e do funcionário que atendeu, assim como da ocorrência de livro próprio a ser mantido sob guarda da Direção da unidade para providências futuras;
- VI. ter acesso e conhecimento pleno, atualizado e fidedigno do quadro da unidade de funcionários de saúde, bem como da sua distribuição em turnos e a carga horária respectiva, permitindo também o acesso aos registros de freqüências;
- VII. ter acesso e avaliar todas as informações de caráter técnico, administrativo, orçamentário e operacional que digam respeito à estrutura e ao funcionamento da unidade de saúde;
- VIII. apresentar ao Conselho Municipal de Saúde, quando julgar necessário e por deliberação do colegiado, pedido de informações, sugestões e denúncias, assim como cobrar as soluções para problemas da unidade de saúde.

Assim, são garantidos na resolução mecanismos para que o conselho exerça seu papel como um dos participantes do controle social. Sua atuação é na esfera local, sendo, portanto, um agente privilegiado por sua aproximação com a realidade da unidade de saúde.

4.4.2 Análise desses Espaços

Na maioria dos conselhos, os três segmentos ainda não têm domínio sobre o papel dos conselheiros e as atribuições dos CGUS. Existe uma dificuldade, como em toda experiência nova de democratização da participação popular no controle social, acerca do entendimento do papel e das atribuições do Conselho Gestor de Unidade de Saúde. Percebe-se o quanto é difícil para os gestores abrir mão de um "poder" de definição da política de saúde na unidade e dividí-lo com usuários e trabalhadores de saúde. Já para os trabalhadores de saúde, que na maioria das vezes trabalham em outros locais estando na unidade somente uma ou duas vezes por semana e/ou em regime de plantão, apontam-se vários empecilhos para acompanhar e se interessar pelo exercício do controle social em uma localidade somente. Aos usuários falta o conhecimento do que pode ser feito e como exercer seu papel de conselheiro.

Estes pontos resultam em algumas fragilidades para o funcionamento do CGUS, como, por exemplo: ele ser visto como uma entidade que "deve ajudar" a instituição de saúde em termos financeiros e de mão-de-obra. Há, principalmente, em relação aos usuários, um entendimento equivocado do papel do conselheiro, pois este passa a agir como "dono" da unidade, exigindo que sua necessidade seja atendida de imediato e utilizando sua representação no conselho como forma de coerção. É notória a confusão existente com relação a autoridade que cabe ser exercida pela direção da unidade, no que se refere à organização de serviços daquela unidade. Em alguns casos, foram percebidos conselheiros que querem interferir nesta organiza-

ção. Outro problema identificado é a inexistência de um diálogo crítico entre usuários e profissionais de saúde, impossibilitando uma intervenção de forma articulada no CGUS.

Para estas dificuldades, apresenta-se algumas propostas visando contribuir para o fortalecimento deste espaço do controle social: incentivo à realização de cursos de capacitação para conselheiros gestores de unidades de saúde; acompanhamento dos conselhos, visando à capacitação continuada dos conselheiros de saúde; estímulo à participação dos conselheiros no conselho municipal de saúde e no conselho comunitário de saúde, entendendo este último como um espaço de articulação entre profissionais e usuários para as questões referentes à Saúde do município.

Apesar das dificuldades, cabe destacar que o Município de Duque de Caxias é o único na Região Metropolitana do Rio de Janeiro que possui regulamentado os CGUS sendo pioneiro nesta experiência de democratização da participação social.

4.5 ELEMENTOS DE REFLEXÃO COM RELAÇÃO AOS CONSELHOS GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE

A partir de pesquisa realizada, apontamos a seguir alguns dos fatores considerados redutores da participação popular no âmbito desses conselhos.

Em relação à dinâmica das reuniões, na maioria dos conselhos, percebe-se que suas pautas não são elaboradas no coletivo, mas apresentadas por representantes da direção, o que está relacionado, basicamente, à dificuldade de se construir um espaço anterior de discussão e capacitação dos usuários e dos trabalhadores das unidades. Desta forma, o sentido da reunião pode ficar limitado à apresentação/descrição dos problemas, reduzindo a possibilidade de construção de propostas e alternativas.

A ausência ou não de autocrítica ou de melhor elaboração da organização interna da unidade, por parte da administração/direção, também determina o raio de alcance e efetividade da atuação dos conselhos.

Acrescenta-se, também, a falta de articulação desses conselhos com o conselho municipal, o conselho comunitário (quando existe) e os conselhos distritais de saúde, acarretando uma fragilização dessa instância, e tornando-a mais um empecilho para que a proposta do Conselho Gestor seja efetivada enquanto espaço de representação ativa dos diferentes segmentos aí configurados.

Em síntese, defrontamo-nos com dois limites centrais para o desenvolvimento de uma linha de ação direcionada no sentido de um modelo assistencial com base nos princípios do SUS. De um lado, os limites da macroestrutura, na medida em que, nos anos 90, identificou-se um fosso entre as conquistas legais do SUS e o projeto

político hegemônico neoliberal, já que este preconiza, entre outros princípios, a mínima participação do Estado na gestão das políticas públicas e sociais. De outro, as dificuldades de articulação do movimento popular e suas entidades, fragilizando-os politicamente. Acredita-se, como uma possível via de transformação desse quadro, o investimento na questão da consciência sanitária na comunidade, o que pode se realizar com a articulação entre as áreas de Saúde e de Educação, tendo como parâmetro uma concepção de saúde ampliada, baseada na reafirmação dos direitos básicos de cidadania.

O CGUS, enquanto um novo espaço de participação, vem responder também à crise crescente de recursos do Estado, na ordem do dia da política neoliberal. Nos momentos de crise, certas práticas democráticas, em princípio contrárias ao sistema capitalista, passam a se instituir em saídas para sua conservação. Entretanto, os grupos sociais comprometidos com a reversão do processo de dominação das classes populares vão desvelando a engrenagem complexa da administração das políticas públicas, buscando novos interlocutores e, conseqüentemente, ampliando seu potencial de intervenção. É nesse movimento dialético, de construção dos mecanismos de gestão participativa, que se encontram muitas das experiências dos conselhos de saúde.

5 PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO¹

Maria Inês Souza Bravo
Daniele Batista Brandt
Juliana Fiúza Cislaghi
Juliana Souza Bravo Menezes

5.1 APRESENTAÇÃO

Este texto visa apresentar o perfil dos Conselheiros de Saúde da Baixada Fluminense, parte da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro² e da Região Metropolitana II, a partir da análise das fichas de inscrição dos conselheiros que participaram do Curso Nacional de Capacitação para Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde³.

A importância de se conhecer o perfil dos conselheiros de saúde reside na busca de elementos que apontem para o potencial e as dificuldades refletidas na sua composição, com a perspectiva de buscar caminhos para a consolidação e o avanço dos conselhos de saúde, mecanismos fundamentais na democratização da gestão por meio do controle social, objetivando alcançar uma saúde de qualidade de acordo com os princípios da Reforma Sanitária brasileira.

5.2 PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA I: BAIXADA FLUMINENSE

5.2.1 Considerações Iniciais

Na Baixada Fluminense, foram formadas cinco turmas em 2003 e 2004, capacitando um total de 143 conselheiros municipais. Os cursos tiveram como sede os Municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Queimados, Mesquita e Seropédica.

¹ Este trabalho é um dos produtos do Projeto Políticas Públicas de Saúde que tem como eixo de ação a gestão democrática e o controle social na área da Saúde e é coordenado pela professora Maria Inês Bravo. O mesmo articula ensino, pesquisa e extensão e é financiado pelo CNPq, Faperj, UERJ.

² O perfil dos conselheiros do Município do Rio de Janeiro foi apresentado no 4.º Caderno Metropolitano e editado pelo Ministério da Saúde, em março de 2005. Alguns resultados desta investigação serão recuperados nas considerações finais com a finalidade de estabelecer relações entre os conselheiros das diversas regiões.

³ O *Curso de Capacitação* foi um programa nacional, ocorrido de 2002 a 2004, sob a responsabilidade de um consórcio formado por instituições públicas de ensino: Fiocruz, UnB, Unicamp e UFMG. O principal objetivo do Curso de Capacitação de Conselheiros foi o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do controle social, isto é, visou fomentar a participação dos sujeitos envolvidos nos conselhos de saúde da sua região ou localidade, tanto no exercício do planejamento como da fiscalização da Política de Saúde.

Desde universo, analisaremos dados das fichas de inscrição de 125 conselheiros⁴. Este quantitativo representa 40% do total de conselheiros da Baixada Fluminense entre titulares e suplentes⁵. Os eixos adotados para análise dos dados foram organizados em três categorias distintas: dados institucionais, dados pessoais e experiência em movimentos sociais, distribuídos de acordo com os três segmentos sociais (gestores e prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários).

5.2.2 Dados Institucionais da Amostra

De acordo com os dados a seguir, pode-se observar como foi a participação dos conselheiros de saúde distribuídos pelos respectivos segmentos (usuário, profissional de saúde, gestor e prestador de serviços) no curso de capacitação, determinando, assim, a inserção nos conselhos por segmento da amostra com a qual a pesquisa foi realizada.

No quadro abaixo, verifica-se que o segmento dos usuários teve uma participação significativa em relação aos outros segmentos, o que demonstra uma maior mobilização deste segmento para promover a ampliação dos seus conhecimentos sobre controle social, a fim de qualificar seu trabalho e intervenção junto aos conselhos de saúde. Dos 125 conselheiros capacitados nos municípios da Baixada Fluminense, 75 correspondem ao segmento dos usuários, 29 ao segmento dos trabalhadores de saúde e 20 ao segmento dos gestores/prestadores de serviço. Nota-se que um conselheiro não especificou sua inserção em segmento.

Quadro 1. Conselheiros Distribuídos por Segmento

Segmento	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Usuário	75	60,0
Profissional	29	23,2
Gestor/prestador	20	16,0
Não respondeu	1	0,8
TOTAL	125	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

Continuando a análise da participação dos conselheiros de acordo com o segmento que representam, pautando-se no princípio da paridade, os conselhos devem ser compostos por 50% de usuários e 50% de gestores/prestadores de serviços e trabalhadores de saúde. Em 1992, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Resolução

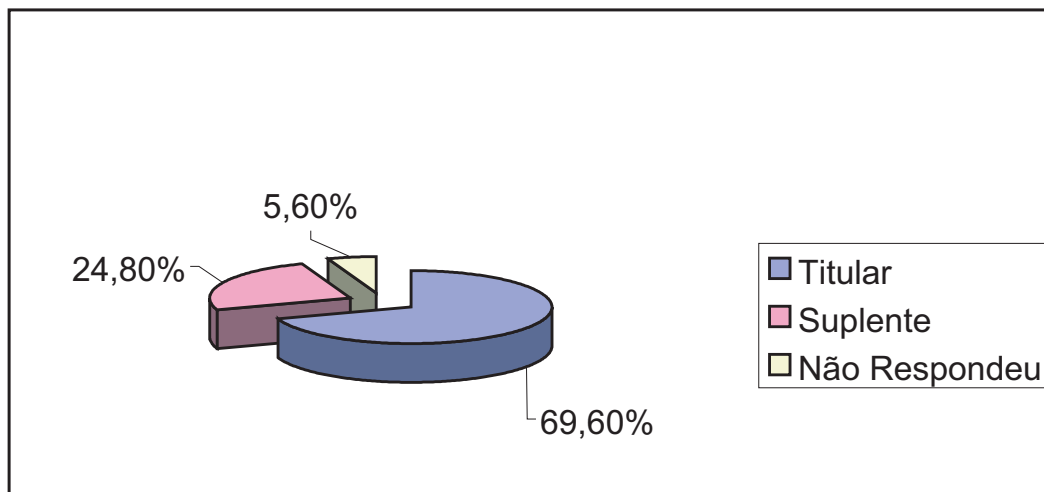
⁴ As 125 fichas de inscrição analisadas foram aquelas recolhidas pelos monitores nas respectivas turmas. A diferença entre o número de conselheiros capacitados e de fichas analisadas refere-se a monitores que não recolheram todas as fichas e outros problemas operacionais do curso.

⁵ Os conselheiros titulares na Baixada Fluminense estão divididos entre os municípios da seguinte forma: 12 em Belford Roxo, 24 em Duque de Caxias, 15 em Itaguaí, 15 em Japerí, 22 em Magé, 14 em Mesquita, 12 em Nilópolis, 12 em Queimados, 20 em Nova Iguaçu, 22 em São João do Meriti e 12 em Seropédica, totalizando 180 conselheiros.

⁶ Esta resolução foi substituída pela Resolução n.º 333, em 2003, pelo Conselho Nacional de Saúde.

n.º 33⁶, onde diz que os 50% relativos aos prestadores de serviços de saúde e trabalhadores devem ser divididos entre 25% para os gestores e prestadores de serviço da saúde e 25% para os trabalhadores de saúde. O quadro acima demonstra que 60% dos conselheiros capacitados eram do segmento de usuários, enquanto o segmento dos profissionais de saúde representou 23,2% dos conselheiros capacitados, pouco abaixo da sua proporção nos conselhos, seguida pelos gestores e prestadores, apenas com 16%. Os 0,8% restantes correspondem ao conselheiro que não respondeu o seu segmento.

Gráfico 6. Conselheiros Distribuídos por Condição



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

O gráfico 6 demonstra que a maioria dos conselheiros que participou do Curso de Capacitação estão na condição de titular (69,6%), e 24,8% na condição de suplente.

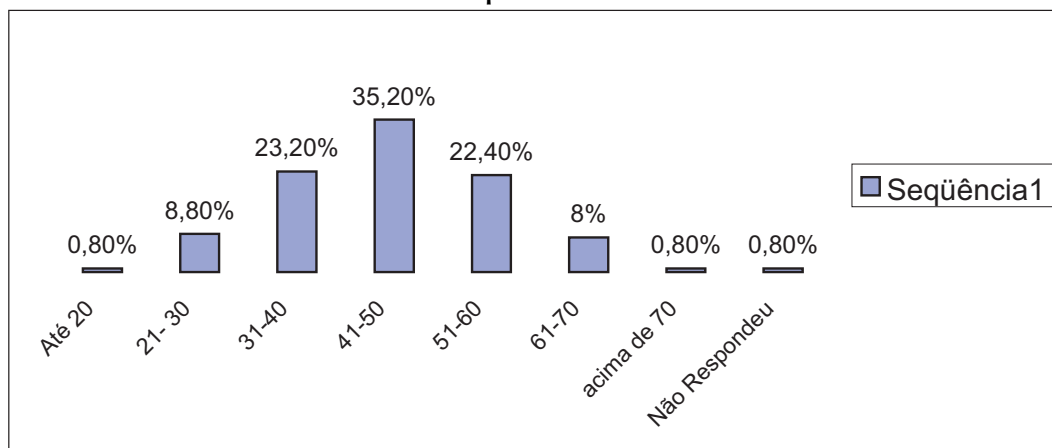
Este é um fato positivo, já que a Proposta Nacional de Capacitação tinha o objetivo de capacitar 50% dos conselheiros de saúde de cada região do Brasil. A maioria que foi capacitada nos municípios da Baixada Fluminense está na condição de titular, ou seja, dos mais atuantes nos espaços do controle social, havendo também uma participação importante de suplentes. Houve, ainda, um pequeno percentual (5,6%) que não informou sua condição nos conselhos.

5.2.3 Dados Pessoais dos Conselheiros

Neste item analisam-se os eixos referentes aos dados pessoais dos conselheiros. Por meio dos dados a seguir, referentes à idade dos conselheiros (gráfico 2), pode-se perceber que a maior parte está concentrada na faixa que vai de 31 a 60 anos (80,8%), sendo que, nesse intervalo, destaca-se a participação de conselheiros com idade entre 41 e 50 anos (35,2%). Este é um dado importante, pois demonstra que a maior atuação nos conselhos de saúde é de pessoas que, provavelmente, participaram e viveram o momento do movimento de Reforma Sanitária, e todos os embates daquele período, que preconizavam uma política de saúde universal e de qualidade, verificando assim um compromisso dessas pessoas com o fortalecimento do controle social.

Outro fato que vem confirmar esta questão é a pequena participação de conselheiros com idade entre 20 e 30 anos, apenas 9,6%. Uma hipótese levantada para esse fato é o momento conjuntural dos anos 90, com avanço do neoliberalismo econômico que, conseqüentemente, fez avançar a ideologia do individualismo. Associado a essas determinações verifica-se também o refluxo dos movimentos sociais. Essa realidade pode determinar o surgimento de uma nova geração sem perspectiva de participação social e ação coletiva para a garantia de direitos. Por outro lado, uma reflexão importante é a falta preocupação dos sujeitos sociais envolvidos com a luta pela Reforma Sanitária e com a formação de quadros, ou seja, a mobilização dos jovens para a luta pela saúde. Na faixa etária de 31 a 40 anos, na Baixada Fluminense, tem-se a participação de 23,2%, o que pode significar uma maior renovação de conselheiros nessa região.

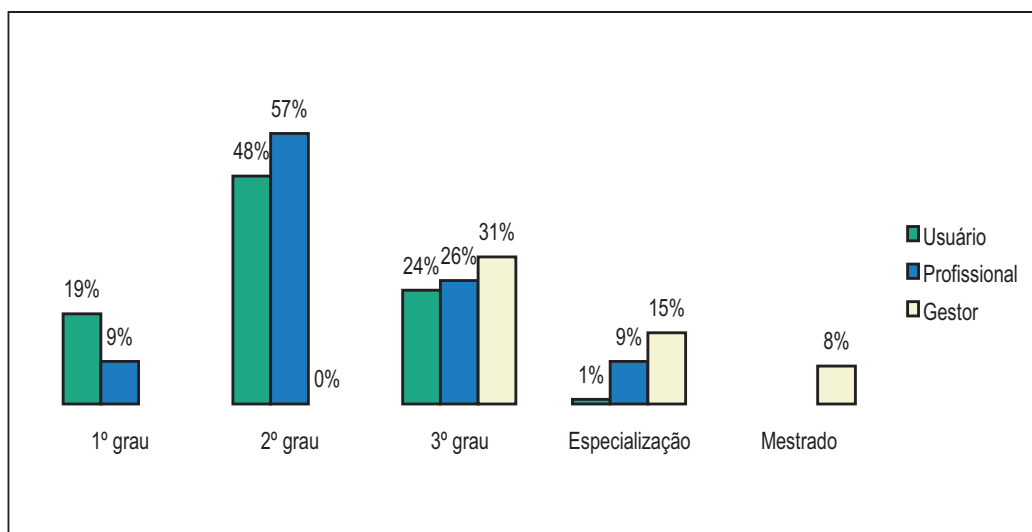
Gráfico 7. Conselheiros Distribuídos por Idade



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

Na análise dos dados referentes à escolaridade, percebe-se que há um razoável equilíbrio com relação à escolaridade entre os conselheiros de diferentes segmentos, já que a maioria de conselheiros nos três segmentos está na faixa de 2.º e 3.º grau.

Gráfico 8. Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade

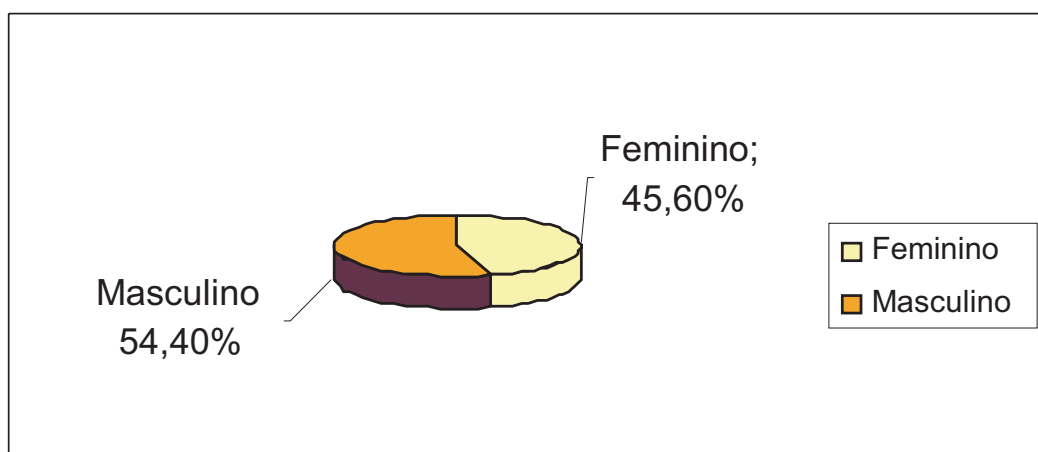


Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

Apesar de um número minoritário, porém significativo de conselheiros do segmento usuário, possuir só o 1.º grau a maioria (81%) possui pelo menos o 2.º grau completo, tendo inclusive conselheiros com especialização (1%). É importante também o número de profissionais de saúde com especialização (7%) e de gestores com mestrado ou especialização (25%), caracterizando, assim, um nível elevado de escolaridade na maioria dos conselheiros da região (44 % do total com pelo menos o 3.º grau completo e 91% do total com pelo menos o 2.º grau completo).

De acordo com o gráfico a seguir, tem-se a distribuição dos conselheiros da Baixada Fluminense de acordo com o sexo.

Gráfico 9. Conselheiros Distribuídos por Sexo



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

Pode-se dizer que não há uma diferença significativa na participação de homens e mulheres nos conselhos. Essa paridade representa para as mulheres um avanço, dada toda a diferenciação e opressão de gênero ocorrida historicamente e que tem como consequência a pequena participação das mulheres na vida pública e nos espaços de representação política. Por outro lado, esta participação, na maioria das vezes, ocorreu em ações auxiliares aos homens. Em diversos estudos relativos à participação da mulher em movimentos populares, realizados nos anos 80, resalta-se sua presença como secretária, principalmente nas associações de moradores. A presidência era um cargo exercido majoritariamente por homens.

Ainda assim, o número de mulheres nos Conselhos na Baixada Fluminense é ligeiramente menor que o de homens.

5.2.4 Participação em Movimentos Sociais

O quadro a seguir identifica a experiência, atual ou prévia, dos conselheiros com movimentos sociais.

Quadro 2. Experiência dos Conselheiros em Movimentos Sociais

Experiência em movimentos sociais	Quantidade (N)	Porcentagem (%)
Tem experiência	84	67,2
Não tem experiência	04	3,2
Não informou	37	29,6
TOTAL	125	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

A maioria dos conselheiros tem experiência com movimentos sociais, o que é extremamente importante para a análise e a articulação política, além da potencial capacidade dos conselheiros de mobilização e interlocução com os movimentos sociais. Assim, os conselhos tendem a apresentar maior ressonância dos seus debates e ações, e na construção de alianças com o conjunto da sociedade já que seus espaços organizados se refletem significativamente nos conselhos.

Há, porém, um número significativo (29,6%) de conselheiros que não respondeu a essa pergunta. Cabe esclarecer que na ficha oficial do curso de capacitação essa pergunta não estava presente tendo sido inserida, em anexo, pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde. Esse dado tem extrema relevância pois demonstra quantos conselheiros estão inseridos nas organizações políticas da sociedade e, portanto, o quanto estas se fazem representar nos conselhos, determinando, pelo menos potencialmente, a participação da sociedade no controle social, por meio dos conselhos de saúde.

O próximo quadro apresenta os tipos de movimentos sociais onde se inserem os conselheiros com experiência.

Quadro 3. Movimentos Sociais em que os Conselheiros têm Experiência

Movimentos sociais	Conselheiros	Porcentagem (%)
Movimento popular	37	44
Movimento popular + partido político + sindicato	12	14
Movimento sindical	09	11
Movimento popular + partido político	19	22,5
Movimento popular + sindicato	03	3,5
Partido político + sindicato	01	1,5
Partido político	03	3,5
TOTAL	84	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

Pode-se perceber que a imensa maioria dos conselheiros que possui experiência em movimentos sociais está inserida em movimentos populares (84%). Também é bastante significativa a participação desses conselheiros em partidos políticos (35%). Nesse universo, a participação em movimento sindical é a menos expressiva (25%), demonstrando como essas organizações ainda não participam nem discutem a importância dos conselhos.

No próximo quadro, vamos identificar as principais entidades representadas pelos usuários e trabalhadores de saúde nos conselhos.

Quadro 4. Entidades Representadas pelos Usuários e Trabalhadores de Saúde

Entidades	Usuários	Porcentagem (%)	Profissionais	Porcentagem (%)
Associação de moradores	31	41	00	00
Unidades de saúde	02	02	07	24
ONGs	01	01	00	00
Sindicatos	05	06	08	28
Assoc. de portadores de patologia	07	09	00	00
Conselhos comunitários	07	09	00	00
Conselho profissional	01	01	00	00
Instituições religiosas	07	09	00	00
Clube de serviços	02	02	00	00
Não especificado	04	05	12	41
Outros	08	10	02	07
TOTAL	75	100	29	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

A maioria dos conselheiros representantes dos usuários é oriunda das associações de moradores. No segmento de trabalhadores ainda é relativamente pequena a presença dos sindicatos estando, em menor número, representantes das unidades de

saúde. Nesse segmento é significativo o número de conselheiros que não respondeu sobre sua representação.

Podemos perceber, a partir dos dados, algumas distorções entre o segmento e a entidade representada. Os representantes de clube de serviços, por exemplo, deveriam estar ocupando sua vaga no segmento de prestadores de serviço e não como usuário. Da mesma forma, dois representantes de unidade de saúde estão ocupando vagas no segmento de usuários. Essas distorções causam problemas pois modificam a paridade já que os interesses da entidade que representam não são compatíveis com o segmento em que se encontram.

5.3 PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA II

5.3.1 Considerações Iniciais

Na Região Metropolitana II, em 2002, foi formada uma turma que capacitou um total de 33 conselheiros dos municípios de Maricá, Niterói e São Gonçalo. Em 2003, foi realizada mais uma turma que capacitou um total de 18 conselheiros dos municípios de Itaboraí, Rio Bonito e Silva Jardim. Sendo assim, foram capacitados 51 conselheiros municipais de saúde. Deste universo analisaremos dados das fichas de inscrição de 25 deles⁷. Este quantitativo representa 18% do total de conselheiros titulares da Região Metropolitana II⁸. Os eixos adotados para a análise dos dados foram organizados em três categorias distintas: dados institucionais, dados pessoais e experiência em movimentos sociais, distribuídos de acordo com os três segmentos sociais (gestores e prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários).

5.3.2 Dados Institucionais da Amostra

De acordo com os dados a seguir, pode-se observar como foi a participação dos conselheiros citados nos municípios da Região Metropolitana II, 15 correspondem ao segmento dos usuários, seis ao segmento dos profissionais de saúde e quatro ao segmento dos gestores/prestadores de serviço.

⁷ As 25 fichas de inscrição analisadas foram aquelas recolhidas pelos monitores nas respectivas turmas. A diferença entre o número de conselheiros capacitados e de fichas analisadas refere-se a monitores que não recolheram todas as fichas e a outros problemas operacionais do curso.

⁸ Os conselheiros titulares na Região Metropolitana II estão divididos entre os municípios da seguinte forma: 32 em Niterói, 28 em Silva Jardim, 20 em Rio Bonito, 16 em São Gonçalo, 16 em Maricá, 12 em Itaboraí e 12 em Tanguá, totalizando 136 conselheiros.

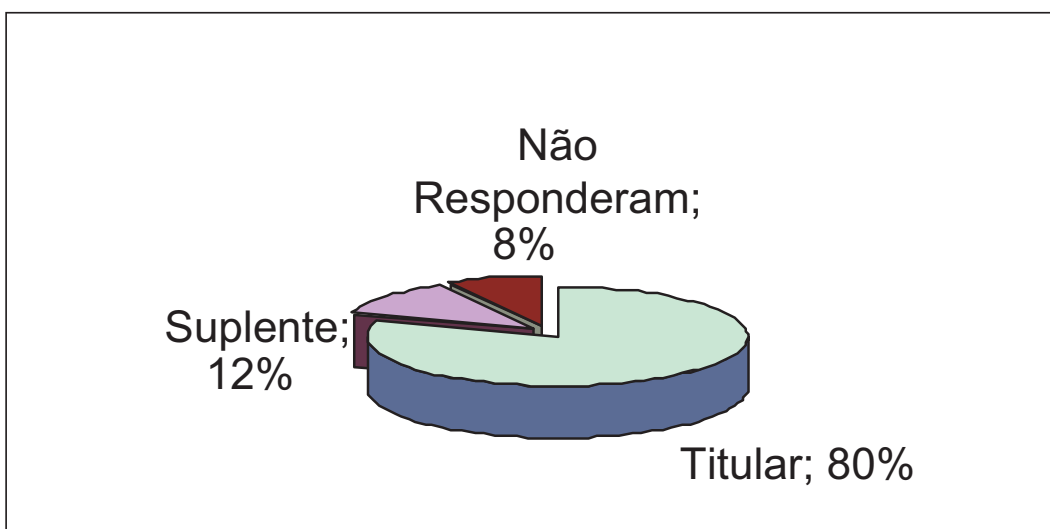
Quadro 5. Conselheiros Distribuídos por Segmento

Segmento	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Usuário	15	60
Profissional	6	24
Gestor/Prestador	4	16
TOTAL	25	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

O quadro anterior demonstra que 60% dos conselheiros capacitados eram do segmento de usuários, enquanto que o segmento dos profissionais de saúde representou 24% dos conselheiros capacitados, pouco abaixo da sua proporção nos conselhos, seguido pelos gestores e prestadores com apenas 16%.

Gráfico 10. Conselheiros Distribuídos por Condição



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

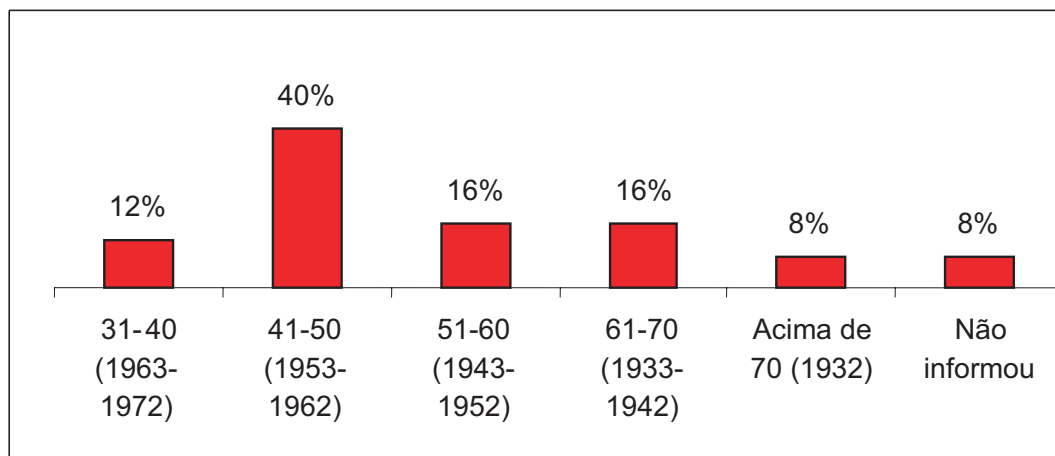
De acordo com o gráfico 5, observa-se que a maioria dos conselheiros que participou do curso de capacitação está na condição de titular, representando um total de 80%, enquanto que apenas 12% está na condição de suplente.

5.3.3 Dados Pessoais dos Conselheiros

A partir da análise dos dados pessoais dos conselheiros, podemos verificar que, em relação à idade, mais da metade possui idade superior a 40 anos, representando um total de 80%, sendo que 40% deste total concentra conselheiros com idades entre 41 e 50 anos. Este dado revela que ocorre uma maior atuação, no espaço dos conselhos de saúde, de pessoas que, provavelmente, participaram do movimento de Reforma Sanitária e de todos os embates ocorridos nos anos 80.

Outro fato que vem confirmar essa hipótese é a pequena participação de conselheiros com idade inferior a 40 anos, uma vez que, dentro do universo pesquisado, apenas 12% dos conselheiros têm idade entre 31 e 40 anos. Na tentativa de explicar a razão para esse fato, elencamos o avanço do neoliberalismo a partir da década de 90 que, conseqüentemente, contribui para a difusão do individualismo e para o refluxo dos movimentos sociais. Algumas reflexões já foram feitas em relação a idade, na análise realizada no perfil de conselheiros da Baixada Fluminense.

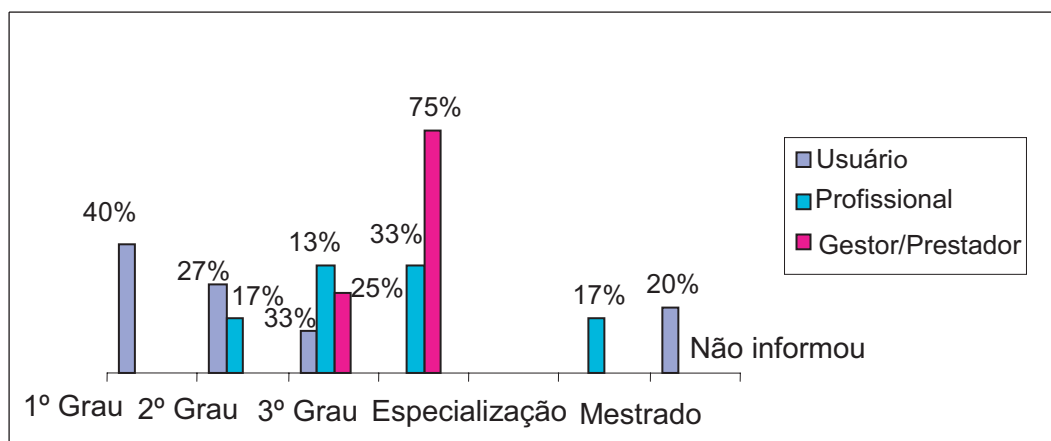
Gráfico 11. Conselheiros Distribuídos por Idade



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

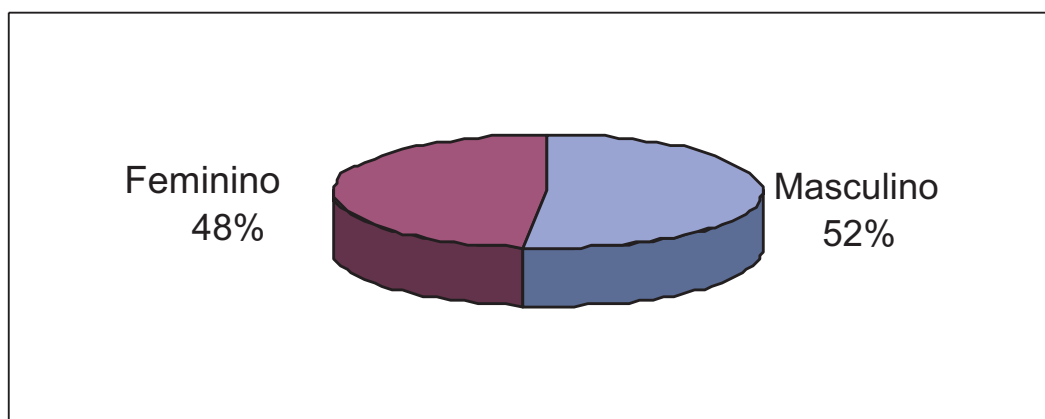
A análise dos dados referentes à escolaridade revela que, no segmento dos usuários, a maioria possui apenas o primeiro grau (40%), seguido por um grupo significativo de conselheiros que possui o segundo (27%) e terceiro graus (13%). No segmento dos trabalhadores, a maioria possui terceiro grau e especialização, que somados representam 66% da amostra deste segmento, seguido por um grupo com mestrado (17%) e de outro com o segundo grau (17%). No segmento dos gestores e prestadores de serviços, todos os participantes possuem o terceiro grau, sendo que a maioria possui ainda um título de especialização (75%).

Gráfico 12. Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

Gráfico 13. Conselheiros Distribuídos por Sexo



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

Com relação à participação dos conselheiros, de acordo com o sexo, observa-se que não há uma diferença significativa na presença de homens e mulheres nos conselhos. Essa situação representa um avanço no que diz respeito à participação feminina na vida pública e nos espaços de representação política, a despeito da opressão de gênero ocorrida historicamente.

5.3.4 Participação em Movimentos Sociais

No tocante à experiência em movimentos sociais, verifica-se que todos os conselheiros que responderam ao questionário aplicado em razão dos cursos de capacitação tiveram ou têm alguma participação, o que corresponde a 68% dos participantes. Esse dado é bastante significativo, na medida em que pode contribuir para a ampliação do arco de alianças dos conselhos com a sociedade, por meio de ações em conjunto com os movimentos sociais.

Quadro 6. Experiência dos Conselheiros em Movimentos Sociais

Experiência em movimentos sociais	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Tem experiência	17	68
Não tem experiência	0	0
Não informou	8	32
TOTAL	25	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

Quanto aos movimentos sociais em que os conselheiros têm experiência de participação, verifica-se que a maioria está relacionada com movimentos populares (44%), seguido de sindicatos (12%). A participação em partidos políticos ainda é bastante restrita, com apenas 4% dos participantes com experiência em movimentos sociais articulados a estas organizações.

Quadro 7. Movimentos Sociais em que os Conselheiros têm Experiência

Movimentos sociais	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Movimento popular	11	44
Sindicato	3	12
Outros	2	8
Movimento popular + partido	1	4
Não informou	8	32
TOTAL:	25	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

Com relação às principais entidades representadas pelos usuários e trabalhadores de saúde nos conselhos, observa-se que, no segmento dos usuários, a maioria é composta por associações de moradores (53,5%), seguido de associações de portadores de patologias (27%). Já no segmento dos trabalhadores de saúde, observa-se que a maioria é composta por conselhos profissionais (50%).

Entretanto, identifica-se uma distorção, à medida que encontramos um sindicato, entidade representativa do segmento dos trabalhadores de saúde, que ocupa uma vaga no segmento dos usuários, em determinado conselho de saúde da região.

Quadro 8. Entidades Representadas pelos Usuários e Trabalhadores de Saúde

Entidades	Usuários	Porcentagem (%)	Profissionais	Porcentagem (%)
Associação de moradores	8	53,5%	-	-
Sindicatos	1	6,5%	1	25%
Associação de portadores de patologia	4	27%	-	-
Conselhos comunitários	1	6,5%	-	-
Conselho profissional	-	-	2	50%
Outros	1	6,5%	1	25%
TOTAL	15	100	4	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

5.4 ALGUMAS REFLEXÕES

A análise do perfil dos conselheiros de saúde dos municípios da Baixada Fluminense e da Região Metropolitana II, junto ao perfil dos conselheiros do município do Rio de Janeiro, já apresentado no 4.º Caderno Metropolitano, nos possibilita fazer algumas reflexões acerca dos dados apresentados.

Entre os itens pesquisados encontra-se a faixa etária, onde se pode constatar que não há uma renovação nos quadros dos conselhos. No Município do Rio a maioria dos conselheiros (85%) possui mais de 40 anos e na Região Metropolitana II o número de conselheiros nessa faixa etária é de 80%. Porém, na Baixada Fluminense, mesmo concentrando a maioria dos conselheiros, ou seja, 66,4% nessa faixa etária, notamos uma significativa participação (23,2%) de conselheiros com idade entre 31 e 40 anos.

O quantitativo de conselheiros na faixa de até 30 anos ainda é muito reduzido em toda a Região Metropolitana. A partir desta evidência, considera-se importante mobilizar os jovens para inserirem na luta pela saúde. Algumas estratégias já foram citadas quando foi apresentado o perfil dos conselheiros do Município do Rio de Janeiro, a saber: sensibilizar estudantes universitários para esta participação por intermédio de suas entidades representativas, por exemplo, os centros acadêmicos e as executivas de cursos da área de Saúde, mobilizar os profissionais de saúde recém-admitidos nas unidades de saúde e, também, criar comissão de jovens nas associações de moradores.

Outro aspecto sobre o qual deve-se refletir é o relacionado à participação dos conselheiros em movimentos sociais. No Município do Rio de Janeiro constatou-se que 68% dos conselheiros têm experiência em movimentos sociais, na Baixada e na Região Metropolitana II, esses números são respectivamente 67,2% e 68%. O que difere essas participações é que, enquanto no Rio, a maioria dos conselheiros se concentra apenas no movimento popular, com pouca participação em outros movimentos, na Baixada e na Região Metropolitana II essa participação é ampliada para partidos políticos e sindicatos. No movimento popular pode-se destacar como principais entidades as associações de moradores. A participação dos conselheiros em partidos políticos e sindicatos é um fator importante e positivo, pois demonstra que a perspectiva política dos conselheiros não se restringe à saúde mas a um projeto societário mais amplo, o que pode qualificar o debate desses conselheiros e potencializar maior participação popular.

Outro dado importante é a entidade que o conselheiro representa no conselho que, conforme já exposto no decorrer do trabalho, pode implicar em distorções na paridade. Foi identificado que os clubes de serviço, em diversos conselhos, encontram-se inseridos no segmento usuário, enquanto deveriam estar no segmento de gestor e prestador de serviços. A compreensão equivocada da inserção de algumas entidades na composição do conselho pode fragilizar o potencial político dos mesmos.

A análise do perfil dos conselheiros, conforme já explicitado, é fundamental para traçar estratégias de ação que fortaleçam o controle social.

6 CONSÓRCIOS DE SAÚDE¹

Maria Inês Souza Bravo
Cláudia Gouveia dos Santos
Dácia Cristina Teles costa
Ivana Regina Gonçalves Bastos
Márcia Caldas Martins Voga
Raquel Melo Pereira
Rodriane de Oliveira Souza

6.1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a descentralização, a hierarquização, a regionalização e a equidade dos serviços de saúde. A fim de viabilizar estes princípios, estão garantidos nas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, como um dos instrumentos para o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde, os consórcios de saúde. Atualmente, no Brasil, existem diversos consórcios intermunicipais de saúde em funcionamento, porém são constituídos de formas variadas no que se refere à sua organização, criação, finalidade, sede e financiamento.

O objetivo deste estudo, realizado em 1998, é colaborar na discussão sobre os consórcios intermunicipais de saúde e democratizar as informações sobre as possibilidades existentes de celebração dos mesmos.

Esta investigação fez-se necessária devido à percepção das dificuldades encontradas na constituição dos consórcios, tendo sido elaborada com base em documentos de orientação para celebração de consórcios, termos de adesão e bibliografia referente ao assunto. Procurou-se efetuar uma análise comparativa entre as diferentes experiências e verificar sua compatibilidade ou não com os princípios do SUS. Para tal, foram analisados os objetivos, as atividades consorciadas, a forma de constituição dos consórcios (formação de pessoa jurídica, ou não, e estrutura administrativa), a proveniência dos recursos (humanos, financeiros e técnicos) e os mecanismos de controle social.

Utilizou-se como objeto de análise, para o item a seguir, as experiências do Consórcio do Médio Paraopeba (Cismep-MG), Baía da Ilha Grande (RJ), Itaperuna (Cisap-RJ) e as orientações de constituição de consórcio formuladas pelo Ministério da Saúde, pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal (Ibam), pelas secretarias de saúde do Estado do Rio de Janeiro e do Estado do Paraná.

A análise a que se propõe este trabalho tem na produção de Eugênio Vilaça Mendes (1996) alguns elementos que contribuem para o entendimento da proposta dos

¹ Parte deste texto está publicada na Coletânea “Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio” (BRAVO; MATOS; ARAÚJO, 2001).

consórcios de saúde. Assim, com relação à finalidade, percebe-se que há uma predominância de consórcios de diversos serviços, com níveis de hierarquização secundário, terciário e, algumas vezes, primário. No que tange à sua organização, surgem duas possibilidades: a criação de uma sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos; ou sua administração pelo próprio gestor municipal de saúde. As experiências estudadas têm o consórcio com sede em um município somente, tendo as mesmas surgido de forma autônoma, ou seja, sem o respaldo de uma política de saúde nacional ou estadual. Em relação ao controle social, surgem diferentes propostas, desde a criação de um Conselho Intermunicipal de Saúde até a formação de diversos conselhos, constituídos de diferentes formas, bem como o exercício do controle social efetivado por meio dos próprios conselhos.

Apesar das diferentes propostas na sua forma de constituição, os consórcios surgem sempre como alternativa para efetivar, regionalmente, o acesso da população às atividades de maior complexidade tecnológica.

6.2 CONSÓRCIOS DE SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO GERAL

A Constituição Federal de 1988 traz uma nova concepção de saúde, entendida como “um direito de todos e um dever do Estado”. Para viabilizar esta “nova saúde”, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que possui como diretrizes básicas de suas ações os princípios de descentralização, hierarquização, regionalização, integralidade, universalidade e participação popular. (Conforme o art. 198 da Constituição Federal). As Leis n.º 8.080, de 19/9/90, e n.º 8.142, de 28/12/90, regulam as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional. No que se refere à organização, direção e gestão do sistema, coloca-se a seguinte alternativa:

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1.º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2.º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde. (BRASIL, 1990a, art. 10).

Cabe à direção municipal “*formar consórcios administrativos intermunicipais*” (BRASIL, 1990a, art. 18, inciso VII), podendo esta “*estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcela de recursos previstos*” para cobertura daquelas ações e serviços a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal (BRASIL, 1990b, art. 2.º e 3.º).

A Norma Operacional Básica/96 (NOB/96) não se refere explicitamente à proposta dos consórcios, mas nela perpassa a idéia de gestão consorciada dos serviços de saúde, porém não se faz menção às estratégias de realização daqueles. Por outro lado, surgem experiências em todo o Brasil, além de cartilhas de orientação, como as do Ministério de Saúde (1997) e do Ibam (1997), e artigos discutindo consórcio. Entretanto, nem todas as experiências e orientações obedecem aos princípios do SUS.

O primeiro ponto a ser esclarecido deve ser a diferenciação entre contrato, convênio e consórcio. De acordo com Meirelles (1990):

Convênios administrativos “são acordos firmados por entidades públicas de qualquer espécie, ou entre organizações particulares, para a realização de objetivos de interesse comum dos partícipes.” Já os consórcios administrativos “ são acordos firmados entre entidades estatais autárquicas, fundacionais ou paraestatais, sempre da mesma espécie, para a realização de objetivos de interesse comum dos partícipes.”

Em ambos, os partícipes têm interesses comuns e coincidentes, portanto, não há partes, mas partícipes com as mesmas pretensões.

Os contratos são acordos formados entre as partes que têm interesses diversos e opostos, uma que pretende o objetivo de ajuste (serviços, obras...) e outra que fornece o “objeto” e pretende a contra-prestação correspondente.

Segundo Mendes (1996), a idéia dos consórcios emerge no final dos anos 60, porém somente nos anos 80 se estabeleceu como uma alternativa estratégica para que os municípios conseguissem resolver seus problemas, não só na área da Saúde como também em outros setores. Este mesmo autor, ao estudar os consórcios intermunicipais de saúde, estabelece uma tipologia para esse modelo de gestão de saúde.

Em relação à finalidade, o consórcio pode ser: monofinalístico, quando destina-se à solução de um problema específico; ou polifinalístico, quando destina-se a organizar um conjunto de serviços – são os mais comuns.

Em relação à sua sede, pode ser unicêntrico, quando a oferta de serviços concentra-se em um município-pólo; ou policêntrico, quando esta é distribuída entre os municípios consorciados.

Em relação à estrutura, pode ser classificado como institucionalizado ou programático. O institucionalizado se estrutura como nova organização, além das normas existentes no estado e nos municípios, dispendo de personalidade jurídica de direito privado, mantido por financiamento público. Argumenta-se que a organização civil de direito privado facilita a flexibilização das ações. O programático apresenta-se como parceria entre estados e municípios e, destes, com instituições não-governamentais, para organizar os níveis secundário e terciário, mediante processo de negociação.

No estudo foram levantados dados em relação ao objetivo do consórcio, às atividades consorciadas, à constituição do consórcio, à sua estrutura administrativa, aos recursos humanos e financeiros e ao controle social. A partir desses elementos serão levantadas algumas considerações a respeito dos mesmos.

6.3 EXPERIÊNCIAS DE CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO²

No Estado do Rio de Janeiro existiam, até 2001, cinco consórcios intermunicipais de saúde, implantados no final de década de 90, com exceção do Hemolagos, celebrado em 1988 e do Cisbafl, celebrado em 2000.

A primeira experiência deste modelo de gestão foi o Hemolagos, que surgiu em 1988, na Baixada Litorânea, sendo composto pelos municípios de Araruama, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, São Pedro da Aldeia e Saquarema; quantificando uma população de 347.704 habitantes e correspondendo a 2,51% da população do Estado. Este consórcio se caracteriza, de acordo com as tipologias estabelecidas por Mendes (1996), como monofinalístico, pois tem a incumbência de solucionar um único problema – a implantação de um hemonúcleo, em virtude do fechamento do único banco de sangue da região, por meio de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde e a articulação dos municípios envolvidos.

Uma outra experiência se apresenta na Região Noroeste do Estado, abarcando os municípios de Aperibé, Bom Jesus de Itabapoama, Cambuci, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje de Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José do Ubá e Varre-e-Sai; contando posteriormente com o Município de Cardoso Moreira pertencendo à Região Norte Fluminense. A celebração deste consórcio se deu em janeiro de 1998 e totalizou uma população de 283.835 habitantes, correspondendo a 2,05% da população do Estado. Este consórcio se caracteriza de acordo com tipologia estabelecida por Mendes (1996) como polifinalístico, pois tem a incumbência de organizar um conjunto de serviços como a ampliação de ações básicas de saúde como imunização, vigilância epidemiológica e sanitária até a garantia de oferta de todas as especialidades médicas à população. Observou-se um aumento na oferta de serviços na região, particularmente os de média complexidade, principalmente nos municípios de pequeno porte.

Uma terceira experiência se apresenta na Região Centro-Sul sendo formada pelos municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, São José do Vale do Rio Preto, Sapucaia, Três Rios e Vassouras; totalizando uma população de 254.721 habitantes, correspondendo a 1,84% da população do estado. Como finalidades deste

² Este item está baseado no Trabalho de Conclusão do Curso de Leticia Ferreira Leite, cujo título é “O Controle Social na Implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense”, apresentado à FSS/UERJ, em 2001.

consórcio estão a execução de atividades nas áreas de promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da prestação de serviços, de forma, regionalizada e hierarquizada, incremento das ações básicas de saúde (sendo destinados 50% dos recursos) e, em particular, a oferta de atendimentos de maior complexidade (sendo destinados 50% dos recursos).

O consórcio intermunicipal da Região Médio-Paraíba (Cismepa/RJ) consiste em outra experiência, celebrada em julho de 1998. A composição deste consórcio é de 11 municípios – Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda; totalizando 771.349 habitantes, correspondendo a 5,58% da população do Estado, contando mais tarde com o municípios liderados por Volta Redonda, município que detém maior tecnologia e capacidade de oferta de serviços, sendo o município-polo do consórcio. Ressalta-se o papel do Cosems (Conselho de Secretários Municipais de Saúde) no processo de consentimento. Como objetivos básicos estão a manutenção e aquisição de insumos, materiais de consumo e equipamentos destinados às ações e aos serviços de saúde, entre outros serviços.

Podemos perceber nesta pontuação de experiências presentes no Estado do Rio de Janeiro que estes consórcios são policêntricos, excetuando-se a experiência do Hemologos sendo unicêntrica.

Uma outra questão observada consiste em experiências desenvolvidas em municípios pequenos, apresentando um percentual populacional pequeno em relação à população total do Estado do Rio de Janeiro.

Uma outra questão consiste nas atribuições destes consórcios, que apresentam a atenção básica como uma das finalidades, e não como estratégia de organização dos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Em relação à estrutura jurídica e administrativa, os quatro consórcios existentes são semelhantes. A estrutura jurídica adotada foi um modelo público; excetuando-se o Cismepa/RJ, que adotou a criação de pessoa jurídica de direito privado. A estrutura administrativa adotada pelo Cismepa e pelo Hemologos não apresenta instância fiscalizadora formal, utilizando os conselhos municipais de saúde dos respectivos municípios para esse fim; valorizando o controle social.

A quinta experiência presente no Estado do Rio de Janeiro consiste no consórcio intermunicipal de saúde (Cisbaf) localizado na Baixada Fluminense que será objeto do próximo item.

6.4 O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA BAIXADA FLUMINENSE (CISBAF)³

De acordo com seu Estatuto, o Cisbaf é constituído pelos municípios de Nova Iguaçu, São João de Meriti, Duque de Caxias, Queimados, Japerí, Belford Roxo, Paracambi, Nilópolis, Magé, Guapimirim e Itaguaí, tendo como sede e fórum o Município de Nova Iguaçu⁴.

O Cisbaf está em consonância e em articulação com a legislação do SUS, porém percebem-se algumas armadilhas desenhadas na sua formação.

Destaca-se a fragilidade no controle social, visto que a única forma de controle se dá por meio de um conselho de municípios composto pelos prefeitos dos municípios consorciados, e um conselho técnico de assistência à saúde constituído pelos secretários municipais de saúde que terão a incumbência de repassar aos respectivos conselhos municipais de origem o que foi discutido nesse espaço, podendo os questionamentos serem filtrados anteriormente e repassando somente o que lhes interessar.

A sua área de atuação será formada pelos territórios dos municípios que o integram, constituindo uma unidade territorial. Levando em conta o não-investimento de décadas na saúde nesses municípios consorciados que “exportam seus pacientes” para o Município do Rio de Janeiro – na época, cerca de 20% dos casos de internação dos hospitais do Rio de Janeiro era proveniente da Baixada Fluminense – isso pode implicar na exclusão dessa “população sitiada”, nos municípios fora desse espaço territorial.

Não há um plano regional que especifique o papel de cada município e as metas a serem atingidas, assim como nada fica estabelecido quanto à participação da rede complementar conveniada, que no caso da Baixada Fluminense era, na época, de 90% da rede. Ressalta-se que dentro das estratégias colocadas pelo Cisbaf, encontra-se a necessidade de transferência da administração estadual dos Hospitais Gerais de Nova Iguaçu e Saracuruna para a esfera municipal, sendo gestados pelo consórcio; a promoção de concurso regionalizado; a implantação do cartão SUS na Baixada Fluminense; reformar, ampliar e equipar unidades de saúde; concluir obras nos Hospitais de Queimados, Nilópolis, Itaguaí e Belford Roxo. Ainda não há uma proposta clara de Recursos Humanos sendo proposta a utilização de mão-de-obra dos estudantes das faculdades privadas – Unig e Unigranrio.

Soma-se a esses fatos a denúncia de repasse direto de recursos federais aos consórcios (confirmado pelo então presidente do consórcio, em reunião no Conselho

³ Este item está por base o Trabalho apresentado no 10.º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, na UERJ, em 2001, intitulado “O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense e a desconstrução dos Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)” de autoria de Maria Inês Souza Bravo, Andréa g. Lacerda, Mônica Simone Olivar e Leticia Ferreira Leite.

⁴ Cabe destacar que este estudo é de 2001.

Estadual de Saúde, 2001). Isso é um agravante considerando que, no tocante aos recursos federais, o financiamento das ações e dos serviços, objeto de acordo, deve ser orientado pela diretrizes definidas na Lei n.º 8.142/90, nas quais não está prevista a transferência direta (fundo a fundo) para o consórcio, mas sim aos municípios, estados e Distrito Federal (Art. 3.º, parágrafo 3.º).

Nesse cenário, observa-se que o Cisbaf é visto como um importante mecanismo dos governos locais para obter mais recursos federais e impedir a participação da sociedade civil na elaboração e fiscalização da política de saúde constituindo num instrumento de desconstrução dos princípios do SUS alterando, sobremaneira, a sua concepção original.

6.5 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES RELATIVAS ÀS DIVERSAS PROPOSTAS ANALISADAS SOBRE CONSÓRCIOS

Observando os objetivos colocados, percebe-se que o consórcio surge como uma alternativa para viabilizar os serviços de saúde. Há perspectiva de reafirmação dos princípios do SUS, porém, muito mais que uma estratégia de organização, o consórcio aparece como uma solução para racionalizar os recursos dos municípios. Assim, o consórcio acaba não fazendo parte de uma política de saúde mais ampla e planejada, mas servindo como paliativo para a obtenção de recursos suficientes para suprir determinadas demandas da população municipal.

A necessidade de um plano de saúde regional só foi apontada por uma das propostas de consórcio, que salienta a importância de estudo das condições de saúde e da rede de serviços da região para, a partir deste, verificar a necessidade de se consorciar algumas atividades e não outras.

Um outro ponto é que o consórcio, prioritariamente, deve acontecer para atividades secundárias e terciárias (BRASIL, 1990a). Os municípios necessitam ter o seu próprio atendimento básico e de emergência funcionando. Nesse sentido, caracterizam-se como atividades consorciadas⁵ a manutenção e aquisição de insumos, os materiais de consumo e equipamentos destinados às ações e aos serviços de saúde; a assistência ambulatorial secundária; as ações de vigilância à saúde microrregional; implantação de uma central de internações hospitalares e uma central de consultas e de exames especializados; as ações referentes ao Hemonúcleo; promoção de estudos, pesquisas, projetos ou serviços destinados à solução de problemas microrregionais nos campos da assistência à saúde e saneamento; e o serviço médico-odontológico.

Em relação à sede dos consórcios, as atividades podem ser oferecidas em somente um município – geralmente aquele que oferece uma rede de serviços mais complexa

⁵ Somente as propostas do Ministério de Saúde e do Estado do Rio de Janeiro não especificam as atividades que podem ser consorciadas, abrindo margem para o consórcio das atividades relativas ao atendimento primário.

–, ou em vários municípios com cada um oferecendo alguma atividade de referência, sendo necessária a implantação de um sistema de referência e contra-referência.

Quanto aos recursos humanos existentes nas atividades consorciadas, observam-se duas possibilidades. A primeira aponta que a contratação dos funcionários seria feita mediante seleção pública, sob o regime da CLT. Estas são as propostas de consórcios que afirmam a necessidade da criação de uma sociedade civil sem fins lucrativos para a sua administração. A segunda defende a realização de concurso público municipal, no qual os profissionais aprovados seriam cedidos ao consórcio, uma vez que este não se constitui uma pessoa jurídica com competência para contratação de recursos humanos, atribuição das secretarias de saúde. Há concordância entre os municípios partícipes de cessão de funcionários para integrar a rede dos serviços consorciados. Contudo, quando se trata da discussão acerca da necessidade de contratação de maior número de recursos humanos, há divergência, pois, em princípio, nenhum município se compromete em assumir tal responsabilidade.

Os recursos financeiros podem ser oriundos das esferas federal, estadual e municipal, assim como de doações, aplicações e convênios. Foi possível verificar a inexistência de uma definição acerca de um percentual fixo de investimento (em conservação, compra de equipamentos e material de consumo para execução das atividades consorciadas).

É exatamente em relação à estrutura dos consórcios que encontramos os pontos mais polêmicos das proposições existentes.

De acordo com o estudo realizado, percebeu-se que os consórcios podem ou não se constituir como “pessoa jurídica de direito privado”. Assim, sendo constituído, apresenta-se na condição de sociedade civil sem fins lucrativos; quando não, caracteriza-se como órgão gestor municipal do SUS. O objetivo explicitado de se formar consórcios na qualidade de sociedade civil sem fins lucrativos, ou seja, pessoa jurídica de direito privado, é o de se obter maior flexibilidade tanto para a contratação de pessoal, como para a compra de insumos e equipamentos. Dessa forma, não seria preciso a realização de concursos públicos nem a realização de processos de licitação (regulamentados de acordo com a Lei n.º 8.666/93). Entretanto, os consórcios caracterizados como sociedade civil sem fins lucrativos também usufruem do financiamento público, sendo assim, deveriam, também, fazer prestações de contas aos conselhos de saúde. As entidades jurídicas de direito privado têm dificultado o exercício do controle social e caminham para a perspectiva da privatização da saúde.

A alternativa criada por Betim na sua experiência de consórcio, em 1996, foi a utilização do gestor municipal como administrador do consórcio, o que implica em ver a proposta dos consórcios como uma forma de viabilização do Sistema Único de Saúde.

Em relação ao controle social, considera-se o reconhecimento de três possibilidades. A primeira não faz qualquer referência aos conselhos municipais de saúde, sendo a prestação de contas feita somente pelos prefeitos. A segunda – do Ministério da Saúde – transfere a responsabilidade de acompanhamento aos conselhos municipais, isoladamente, sem articulação. A terceira coloca membros do Conselho Municipal de Saúde (sem especificar quem) em conselhos fiscais ou curadores junto com representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Somente a proposta do Cosems especifica que o conselho deve ser paritário. Há ainda proposta de conselhos intermunicipais de saúde, porém coloca-se a discussão da legitimidade destes, pois não existe uma esfera intermunicipal.

A estrutura interna dos consórcios, conforme as orientações já expostas, em sua maioria, vêm se constituindo pelas secretarias de saúde e prefeituras sem o envolvimento dos conselhos municipais de saúde, desconsiderando um dos princípios do SUS: o controle social. Neste sentido, pouco se tem sido discutido sobre o assunto no interior dos conselhos municipais de saúde, o que leva a uma tímida participação desta instância no processo de formação dos consórcios.

Esta estrutura ainda permite perceber que sua configuração se dá muito em função da dificuldade que os municípios enfrentam para gerir seus poucos recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) – ou mesmo, da falta de investimento político na gerência destes –, buscando, assim, a associação de serviços entre as administrações locais.

Tal encaminhamento posto à discussão pode dar margem a soluções imediatistas como a da criação de sociedades civis sem fins lucrativos, constituintes também das chamadas organizações sociais, propostas pela contra-reforma do Estado brasileiro e desencadeada a partir dos anos 90. A partir do exposto, o aprofundamento da discussão dos consórcios é fundamental para evitar o que se tem evidenciado na maioria das experiências analisadas: ausência de controle social, ausência de transparência na gestão e formação de pessoa jurídica sob a forma de organização social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, C. A. R. et al. *Plano Municipal de Saúde de São Gonçalo: contribuição metodológica para o planejamento estratégico situacional*. Rio de Janeiro: Nupess/UFRJ, 1993.

ARAÚJO, P. S. X. *Projeto Integrado pela Cidadania na Baixada Fluminense*. Rio de Janeiro: ESS/UFRJ, 1995. Mimeografado.

BARROS, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: INCENTIVO a participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BARROS, U. L.; REIS, G. A. *Consórcio intermunicipal de saúde: uma alternativa ao modelo privatizante hegemônico*. Betim: Secretaria Municipal de Saúde, 1996. Mimeografado.

BERTONE, A. A. Consórcios intermunicipais de saúde: uma estratégia rumo à regionalização. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 16, 1996.

BIHR, A. *Da grande noite à alternativa: o movimento operário europeu em crise*. Tradução: Wanda Caldeira Brant. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 1998.

BOSCHI, R. R.; VALLADARES, L. P. *A arte da associação: política de base e democracia no Brasil*. Tradução: Maria Alice da Silva Ramos. São Paulo: Vértice, 1987. (Grande Brasil, Veredas, v. 4).

BRASIL, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Cap.da ordem social, título VII.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/legislacao>>.

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/legislacao>>.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Consórcio intermunicipal de saúde: cartilha de orientação para gestores*. Brasília: Ministério da Saúde, [200?].

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Aprova documento “Recomendações para a constituição e estruturação dos conselhos estaduais e municipais de saúde”. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 15 jan. 1993. Seção 1, p. 523. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>.

_____. Ministério da Saúde. *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: Projeto Nordeste/ IEC, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão participativa. *Cadernos Metropolitanos IV: Seminário da Região Metropolitana I: Cidade do Rio de Janeiro*. Brasília, [2004?].

BRAVO, M. I. S. A Política de Saúde na década de 90: projetos em disputa. In: SUPERANDO desafios. Rio de Janeiro: UERJ/HUPE, 1999. (Cadernos de Serviço Social do HUPE, v. 4).

_____. A Política de Saúde no Brasil: Trajetória histórica. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X (Org.). *Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.

_____. *Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos da Região Metropolitana do Rio de Janeiro: Síntese da Proposta*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1996a. Mimeografado.

_____. *Relatório do Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro*. [S.l.: s.n], 1998. Apresentado ao CNPq.

_____. *Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996b.

BRAVO, M. I. S. et al. Conselhos Gestores de Unidades de Saúde. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X (Org.). *Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.

_____. Consórcios de saúde. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X (Org.). *Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.

_____. Controle social na saúde: uma demanda ao serviço social. In: CADERNOS de Comunicações do I Encontro de Serviço Social na Esfera da Seguridade Social no Brasil. Belo Horizonte: CFESS, 1997.

BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). *Política social e democracia*. Rio de Janeiro: Cortez/UERJ, 2001.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X (Org.). *Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.

BROTTO, M. E. *A política de saúde no município de Niterói: elementos contextuais para análise: Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos da Região Metropolitana do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1998.

_____. *Recursos humanos em saúde: estratégias em implementação no município de Niterói*. Dissertação (Mestrado)—Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

CARVALHO, A. I. *Conselhos de saúde: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Relatório final...* Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

CRUZEIRO, M. A. *Saúde, democracia e socialismo*. Dissertação (Mestrado)—Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MINAS GERAIS. Alto Paraopeba. *Consórcio Intermunicipal de Saúde: estatuto*. Belo Horizonte, 1997. Mimeografado.

FERNANDES, V. R. *O SUS e sua viabilização através das parcerias intermunicipais: (Contribuição para a II Conferência Municipal de Saúde de Niterói)*. [S.l.]: SID, [200-?]. Mimeografado.

GASPARY, M. C. S. *A municipalização da saúde em São Gonçalo*. Dissertação (Mestrado)—Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

GOHN, M. G. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2001.

GOUVEIA, C. S. et al. *Conselho gestor de unidade: análise da experiência do município de Duque de Caxias*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1996. Projeto Políticas Públicas de Saúde.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *[Site oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)]*. [S.l.: s.n.], 2001. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

JACOBI, P. *Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde, São Paulo, 1974-84*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. *Movimentos sociais urbanos numa época de transição: limites e potencialidades*. In: SADER, E. (Org.). *Movimentos sociais na transição democrática*. São Paulo: Cortez, 1987.

LEITE, L. F. *O controle social na implantação do consórcio intermunicipal de saúde da Baixada Fluminense*. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Serviço

- Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- LOJKINE, J. *O Estado capitalista e a questão urbana*. Tradução: Estela dos Santos Abreu. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- MATOS, M. C. Capacitação de conselheiros: possibilidade de fortalecimento das políticas públicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: UFMG, 2004.
- MEIRELLES, H. L. *Direito Administrativo Brasileiro*. São Paulo: Malheiros, 1990.
- MENDES, E. V. um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: UMA AGENDA para a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 284-295.
- NEDER, C. Atribuições dos conselhos de saúde e de seus conselheiros: visando a municipalização dos serviços de saúde. In: INCENTIVO a participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- NETO, E. R. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas e sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: INCENTIVO a participação popular e controle social no sus: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- OLIVEIRA, M. M. N. *Debates teórico acerca dos movimentos sociais: um estudo teórico-crítico do tema e uma análise da experiência concreta da ABM em São João de Meriti*. Trabalho de Conclusão de Curso, Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.
- OLIVEIRA, S. A. *Relatório para audiência pública*. Rio de Janeiro: CESS/RJ, 1999. Mimeografado.
- PEDREIRA, R. S. *Saúde e controle social: uma análise comparativa entre os assistentes sociais e demais profissionais de saúde - Hospitais Universitários/RJ*. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005. 153 p.
- PINHEIRO, R.; DAL POZ, M. R. *Democratização e controle social na saúde: análise do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995.
- PORTO, H. R. Rio de Janeiro: os movimentos populares urbanos de 1964 a 1988. *Revista Proposta*, Rio de Janeiro, n. 67, 1995.
- RESTON, J. *Roteiro para constituição de consórcio intermunicipal*. Rio de Janeiro: IBAM/APMC, 1997.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Centro Regional de Atendimento Integral a Saúde. Conselho Gestor. *Regimento Interno*. Saracuruna, 1997.

Luta pela Saúde na
Região Metropolitana do Rio de Janeiro

_____. Hospital Geral de Duque de Caxias. Conselho Gestor. *Regimento Interno*. Duque de Caxias, 1997.

_____. Parque Equitativa. Conselho Gestor. *Regimento Interno*. Duque de Caxias, 1997.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Lei Complementar nº 71/91, que institui o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1993.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Lei Complementar nº 76/93. Rio de Janeiro, 1993.

_____. Conselho Estadual de Saúde. [Site do Conselho Estadual de Saúde]. Rio de Janeiro, [200-?]. Disponível em: <<http://www.ces.rj.gov.br>>.

_____. Conselho Municipal de Saúde. *Proposta de implantação de Conselhos Gestores*. Rio de Janeiro, 1996. Mimeografado.

_____. *Regulamento para implantação de Conselhos Diretores*. Duque de Caxias, 1996. Mimeografado.

_____. Resolução nº 2, de 11 de abril de 1997. Regulamenta a implantação de Conselhos Diretores em diversas Unidades de Saúde do Município de Duque de Caxias. Duque de Caxias, 1997.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Consórcios intermunicipais de saúde: subsídios aos gestores municipais*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 1995.

SANTOS, M. R. M. *Conselhos municipais: a participação cívica na gestão das políticas públicas*. Rio de Janeiro: FASE, 2002.

STEIN, R. H. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e Política Social: módulo 3. Brasília: UnB, 2000.

TATAGIBA, L. Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TERMO de consórcio intermunicipal. Rio de Janeiro: COSEMS, 1997
Mimeografado.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAASE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão e acabamento)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, fevereiro de 2007

OS 0147/2007