

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA: UMA ANÁLISE
SOB O ENFOQUE DA PARTICIPAÇÃO CIDADÃ (2001-2004)**

Eniziê Paiva Weyne Rodrigues

**OBSERVAÇÃO:
Sujeito a revisão gramatical
e as normas da ABNT**

**Fortaleza
Agosto de 2007**

ENIZIÊ PAIVA WEYNE RODRIGUES

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA: UMA ANÁLISE
SOB O ENFOQUE DA PARTICIPAÇÃO CIDADÃ (2001-2004)**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Orientação: Prof. Dr. Paulo César Almeida

Fortaleza
Agosto de 2007

ENIZIÊ PAIVA WEYNE RODRIGUES

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA: UMA ANÁLISE
SOB O ENFOQUE DA PARTICIPAÇÃO CIDADÃ (2001-2004)**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Aprovada em ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo César Almeida
(Orientador)

Profa. Dra. Alicia Ferreira Gonçalves

Profa. Dra. Sandra Maria Gadelha de Carvalho

Aos meus filhos, Emanuela e Gustavo,
pelo amor, apoio e compreensão, razão
pela qual valem todos os meus esforços.

Dedico!

AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai, Filho e Espírito Santo e à intercessão de Maria Santíssima pela suas presenças misteriosas e tão palpáveis.

Ao professor Doutor Paulo César Almeida, pela acolhida como sua orientanda e a valiosa orientação, em meio ao processo de realização da dissertação.

Às professoras Doutora Sandra Maria Gadelha de Carvalho e Alicia Ferreira Gonçalves, pelos incentivos e sugestões dadas para a realização deste trabalho.

A todos que fazem parte do Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, professores e colaboradores, em especial à coordenadora do curso, professora Doutora Lea Carvalho Rodrigues, por sua compreensão e constante presteza e atenção.

Às amigas, Maria José Marques, Robéria Lopes e Antônia Félix, pelos laços de amizade construídos durante o curso e fortalecidos mesmo após a sua conclusão.

À minha grande amiga e irmã, Imelde Bezerra Toledo, com quem compartilhei todos os momentos fáceis e difíceis da minha vida, mas que com sua irreverente alegria e lições de vida, sempre me incentivou.

E a todos os entrevistados que participaram e deram grande contribuição na elaboração deste trabalho.

Nenhuma época acumulou, sobre o homem, conhecimentos tão numerosos e tão diversos quanto a nossa. Nenhuma época conseguiu apresentar o seu saber do homem sob uma forma tão pronta e tão facilmente acessível. Mas, também, nenhuma época sobe menos o que é o homem.

Martin Heidegger

RESUMO

A presente dissertação refere-se ao Plano Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio de uma análise sob o enfoque da participação cidadã, no período de 2001 a 2004. A grande meta da saúde foi assegurar a municipalização, com a configuração de um Sistema Municipal de Saúde, permitindo, em um primeiro momento, a implantação de vários serviços e programas de atenção básica, e o fortalecimento das ações de vigilância, e posteriormente a ampliação da oferta de atenção especializada e a reorientação da atenção hospitalar. Priorizou-se oferecer uma assistência integral que pudesse dar cobertura à maioria absoluta das famílias do Município. O Plano Municipal de Saúde (2001 - 2004) teve como premissas a mudança na estratégia de intervenção sobre os problemas de saúde com a reorientação do modelo assistencial e a descentralização das ações de saúde. Foram aplicadas entrevistas semi-estruturada voltadas à população usuária dos serviços prestados no Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará, como também aos gestores e profissionais da saúde, incluindo um técnico responsável pela elaboração do referido plano e um ex-membro do Conselho Municipal de Saúde do município de Fortaleza, referente à gestão de 2001 a 2004. Conclui-se que, este trabalho aponta alguns avanços importantes na medida em que as tentativas de superação do modelo proposto, embora seja visível a fragilidade exposta no Plano Municipal de Saúde.

ABSTRACT

The present dissertation mentions the Municipal Plan to it of Health of Fortaleza, by means of an analysis under the approach of the participation citizen, in the period of 2001 and 2004. The great goal of the health was to assure the municipalização, with the configuration of a Municipal System of Health, allowing, at a first moment, the implantation of some services and programs of basic attention, and the fortalecimento of the actions of monitoring, and later the magnifying of offers of specialized attention and the reorientation of the hospital attention. It was prioritized to offer an integral assistance that could give covering to the absolute majority of the families of the City. The Municipal Plan of Health (2001 - 2004) had as premises the change in the intervention strategy on the problems of health with the reorientation of the assistencial model and the decentralization of the actions of health. Interviews half-structuralized come back to the using population of the services given in the District Hospital Gonzaga Mota - Bar of the Ceará, as well as to the managers and professionals of the health had been applied, including for the former-member and one responsible technician elaboration related plain of the City council of Health of the city of Fortaleza, referring to the 2001 and 2004. One concludes that, this work points some important advances in the measure where the attempts of overcoming of the considered, either even so visible model the fragility displayed in the Municipal Plan of Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I. BASE CONCEITUAL: UM RECORTE METODOLÓGICO PARA A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	17
CAPÍTULO II. O REFLEXO DA DESCENTRALIZAÇÃO NO NOVO MODELO ASSISTENCIAL.....	22
2.1. Os instrumentos de regulamentação do Sistema Único de Saúde	35
CAPÍTULO III. A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE E A INVESTIGAÇÃO.....	52
3.1. A rearticulação da sociedade civil a partir da década de 1970 e sua relação com o Estado.....	55
3.2. O Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: a participação efetiva	60
3.3. Depoimentos sobre a estratégia de participação no Plano Municipal de Fortaleza	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS.....	76
ANEXOS	82

LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

CAPS – Caixas da Aposentadoria e Pensões

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CIS – Comissões Inter-institucionais de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência Social

IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

NOB – Norma Operacional Básica

PAB – Piso da Atenção Básica

PBVS – Piso Básico de Vigilância Sanitária

PEC – Proposta de Emenda Constitucional da Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PMAS – Plano Municipal de Assistência Municipal

PMS – Plano Municipal de Saúde de Fortaleza

SEDAS – Secretaria de Educação e Assistência Social da Prefeitura Municipal de Fortaleza

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

Atual Constituição Brasileira (1988) reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Sem dúvida esta compreensão representa uma das maiores conquistas da sociedade brasileira no campo das políticas sociais. Todavia, o quadro de atendimento a saúde não é animador, convive-se com doenças há muito erradicadas em outras nações, tais como a pobreza, com o acesso da marginalidade. A situação é agravada por indicadores sociais que colocam o Brasil um dos piores em distribuição de renda, tem-se uma taxa de analfabetismo altíssima, mais de dois terços da população não dispõe de renda suficiente para assegurar o acesso a condições dignas de vida; sessenta em cada mil crianças que nascem, morrem antes de completar um ano de vida. (ABRANCHES, 1985)

No que tange a saúde, foram necessários muitos anos de lutas e de debates no setor para se chegar à proposta do Sistema Único de Saúde – SUS, consolidado legalmente na lei orgânica de saúde, a Lei nº 8080/90. Em seu artigo 4º, está definido o SUS como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Princípios fundamentais para o SUS são: a integralidade, a universalidade, a descentralização, privilegiando a municipalização das ações e a participação social.

A concepção de atenção à saúde expressa na Constituição brasileira é bastante avançada, por que é mais globalizante e instrumentalizada para intervir sobre a realidade local, e tem um compromisso ético, que é de atender a população igualmente com acesso assegurado, evidentemente com qualidade e resolutibilidade.

Nos oito incisos do artigo 200 da Constituição Federal é fundamental para a compreensão da natureza e concepção do SUS - que estão estabelecidas as atribuições e competências limitadas ao campo de intervenção da saúde coletiva, mais especificamente dos órgãos de resolução e controle da qualidade de vida e saúde da população brasileira, o assim chamado subsistema nacional de vigilância sanitária.

Entre os dispositivos legais e a realidade vivenciada pela população, muitas vezes expostas pelos meios de comunicação ou dados de estudos e

pesquisas, há distorções que permitem indagar: A Constituição Federal nem sempre vem sendo integralmente cumprida? A Lei Orgânica da Saúde foi implementada na sua totalidade? A descentralização produziu a desconcentração de poder que se havia imaginado? A municipalização colocou os usuários mais próximos dos serviços, muito embora se reconheça que o município é o espaço privilegiado onde se dão as relações entre os cidadãos e desses com os serviços públicos.

A partir da minha experiência pessoal, como Assistente Social, da Secretaria de Educação e Assistência Social da Prefeitura Municipal de Fortaleza – SEDAS, no período de 1998 a 2005, como membro da equipe de elaboração do Plano Municipal de Assistência Municipal – PMAS, (1998 – 2001) e (2001 - 2005) que comandou as diretrizes da Política de Assistência Social para o município de Fortaleza, passei a indagar-me se as questões acima expostas eram observadas na consubstanciação do Plano Municipal de Saúde referente ao período (2001-2004).

Deve-se alertar que não se pode separar a saúde do conjunto de políticas sociais de caráter público, considerando-se a coerência com a concepção contemporânea, que se volta para uma amplitude cada vez mais social, envolvendo um número maior e mais diverso de profissionais, que diante das graves questões sociais que a sociedade vem enfrentando, passam a entender e agregar à saúde a solução de outras questões.

Tal compreensão exige uma redefinição do conceito de saúde datado de 1946 da Organização Mundial de Saúde, "completo estado de bem-estar físico, mental e social" que guarda uma referência muito individualizada e não contempla as inter-relações sociais num mundo globalizado agravado por antagonismos, clivagens excludentes e desigualdades.

Diante dessas considerações, é importante ressaltar que o olhar à saúde é visto de forma equivocada, tanto pelo cidadão comum, como também ocorre por parte dos profissionais da saúde, que confundem atenção à saúde com assistência médica, não enxergando que os dois são partes integrantes de um todo que deve privilegiar a apropriação do conhecimento, o exercício da participação e a plenitude da cidadania, ou seja, um sistema de saúde que visa o bem estar do cidadão.

Parte desse enfoque ocorre porque as pessoas vêem o seu direito como dádiva, e assim, não percebem a ineficiência, a baixa qualidade e a pouca prioridade que as políticas sociais e a participação da população ocupam nas decisões do governo.

Este trabalho mobilizou os sentimentos e emoções pessoais quando vivenciou o cotidiano das pessoas e famílias que buscam respostas para os seus males no Sistema Municipal de Saúde e não encontram o devido apoio, a escuta necessária que, de certo modo, aliviaria seus sofrimentos. Na apreensão do objeto de estudo busca-se analisar o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza - PMS, considerando o componente da participação cidadã, na perspectiva de sujeitos e protagonistas da elaboração dos pressupostos definidos para a implementação das diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, no município de Fortaleza.

A democracia, na sua prática histórica, ressalta a participação, atividade mais nobre, na qual o ser se realiza como ator social, construindo a sociedade possível e desejável, o que acaba sendo negado pela prática cotidiana de implementação das políticas sociais.

Inúmeras razões podem ser apontadas como causas deste quadro. É fato, contudo, que as condições de saúde em geral necessitam de mudanças que poderiam surgir a partir das ações educativas em saúde. Não há dúvidas de que educação e promoção em saúde encontram-se intimamente vinculadas e fundam a qualidade de vida no cotidiano das pessoas.

Atualmente, a globalização e o conseqüente empobrecimento dos povos do terceiro mundo veio agitar mais uma vez esse cenário, modificando e aumentando a questão da atenção médica e provocando um conflito na estrutura de atendimento da saúde pública.

O grande mercado social da saúde ficou impregnado de características próprias da cultura pós-moderna como fragmentação, diversidade e hibridismo. Os conceitos de saúde, adoecimento e cura foram ressignificados e a saúde se tornou a 'nova utopia' da sociedade atual. (LUZ, 2006)

Segundo Mendes (1995), o processo de descentralização expressa o desejo de aumentar a qualidade dos serviços públicos através de uma aproximação entre Estado e Cidadão. Dentre os serviços públicos, a Constituição coloca como responsabilidade dos municípios: os serviços de saúde e educação, pelo fato de serem considerados universais, isto é, todos os cidadãos devem ter acesso enquanto direito do cidadão.

Neste sentido, observa-se que o direito à saúde tem sido negado, frente ao que o neoliberalismo impõe, isto é, a ruptura das regulamentações ao capital, visando reconstituir sua capacidade de valorização em um processo de reprodução

mais ampliado e concentrado. As políticas públicas restritas do Estado neoliberal, têm características e destinatários delimitados. As aludidas políticas são fincadas de modo antagônico a qualquer idéia de planejamento e são direcionadas unicamente à pobreza absoluta. Há assim uma estigmatização dos sujeitos beneficiários dessa política, de modo que em algumas ocasiões muitos dos seus potenciais destinatários não vislumbram uma identificação com a ação do Estado pelo fato de nutrirem uma antipatia para com determinados programas sociais que pejorativamente marcam profundamente a qualidade dos serviços prestados à população, deixando o homem em um patamar de extrema pobreza de recursos econômicos. (LAURELL, 2002)

Reduzir o tamanho da máquina do Estado e aumentar - ao mesmo tempo - a sua eficiência tornou-se o objetivo principal dos gestores públicos. Embora concebidos bem longe de alguns Estados, esses acontecimentos criaram novas regras e visões para tornar a manutenção do *status quo* da relação sociedade - Estado e da atuação do poder público cada vez mais improvável. (POULANTZAS, 2000)

Os efeitos das regulações federais são analisados com base nos resultados da Avaliação da Instituição da Gestão Plena do Sistema Municipal. A estratégia de descentralização, induzida pela Norma Operacional Básica 96, vem conseguindo melhorar as condições institucionais, de autonomia gerencial e de oferta – aferidas pelos recursos financeiros federais transferidos, capacidade instalada, produção e cobertura dos serviços ambulatoriais e hospitalares – nos sistemas de saúde dos municípios habilitados em gestão plena, sem alterar os padrões de iniquidade existentes na distribuição dos recursos para os municípios mais carentes. (D'ÁVILLA, 2005)

Vale ressaltar que as ações de promoção e proteção de saúde, de natureza preventiva, foram desenvolvidas visando à redução de fatores de risco, que constituem ameaças à saúde das pessoas, podendo até provocar-lhes incapacidades e doenças.

Neste sentido, estando inserida no cotidiano das equipes de serviços de saúde, no Hospital Distrital Gonzaga Mota, Barra do Ceará, situado na periferia de Fortaleza, debrucei-me em uma leitura exploratória das propostas contidas no referido Plano como ponto de partida para entender a relação das ações pontuadas e a sua operacionalização, tendo como hipótese inicial a indicação de uma possível

disjunção entre o que está posto no plano e a realidade institucional cotidiana vivenciada pelo profissional da área de saúde.

Esse cotidiano institucional vem defrontando-se cada vez mais com a fragilidade e o esgotamento não só do atual *modus operandi* na área de saúde, como também dos atuais instrumentos de planejamento e gerência.

Um desses desafios continua sendo o aprimoramento da gestão do sistema nos municípios, a partir do desencadeamento de práticas que promovam base técnica para a definição das reais necessidades de saúde da população e da adequada intervenção para supri-las.

Para tanto, a gestão local necessita incorporar instrumentos que permitam uma abordagem apropriada da realidade. Grande ênfase tem sido atribuída, pela bibliografia específica, ao planejamento estratégico, que privilegia: o processamento de problemas, o desenho das operações para enfrentá-los, a definição dos objetivos e metas a serem atingidos, a determinação dos recursos necessários e o cronograma de execução, além de um sistema de acompanhamento e avaliação que possibilite reformulações, quando preciso, utilizando a participação e a comunicação intensiva, favorecendo a responsabilidade compartilhada quanto aos objetivos a serem atingidos. Ou seja, é um objetivo árduo e que envolve uma complexidade de atores institucionais, bem como os usuários do sistema.

Para que tal elaboração ocorra de forma coerente com a realidade e consistente com as necessidades a serem supridas, é preciso ter clareza, em primeiro lugar, dos objetivos da elaboração de um plano para a gestão do sistema de saúde local e, em segundo lugar, da necessidade de optar por um método de planejamento que auxilie nessa tarefa.

A história do setor de saúde no Brasil, nas últimas décadas, retrata predominantemente a evolução da organização e do desenvolvimento da assistência médico-hospitalar.

O chamado “sistema de saúde” desenvolveu-se por dois sistemas paralelos: o da saúde pública, que basicamente objetiva a garantia da saúde da população via intervenção sobre os determinantes do processo saúde/doença, com ações de caráter preventivo e de controle sobre a população como um todo, e outro, a perspectiva trabalhada pelo sistema previdenciário, que privilegiou a assistência médica, com atuação fundamental sobre os indivíduos por meio de ações de caráter

curativo. Os eixos que norteiam essas duas perspectivas se baseiam em concepção diferente de saúde e doença, de políticas sociais.

Esses modelos desenvolveram-se, historicamente, de forma centralizadora e autoritária até meados de 80, distantes da realidade epidemiológica local, desconsiderando quaisquer características ou peculiaridades municipais ou regionais.

Desta forma, o estudo recorrente sobre a política de saúde e em consequência, do Plano Municipal de Saúde - PMS, associada à leitura pertinente ao tema impulsionou-me o propósito de buscar uma explicação plausível, que respondesse as inquietações que foram constatadas: em que momento é manifestado no documento a colaboração das propostas oriundas da população e quais os atores sociais que tiveram uma participação determinante nesse contexto desempenhando um legítimo exercício democrático.

Essas observações indicaram a necessidade de construir um conhecimento que subsidiasse o processo desse estudo, a partir da percepção da necessidade de reconstruir reflexivamente uma trajetória que permitisse evidenciar os significados inicialmente invisíveis ao olhar, sob a perspectiva da participação cidadã.

Desta forma, busca-se na opção metodológica a apropriação por parte da pesquisadora da fala dos atores para a construção do objeto de estudo, juntamente com a pesquisa documental e bibliográfica aliadas para o direcionamento do fluxo deste trabalho.

Em Minayo (1998), encontrou-se a convergência com a perspectiva da análise visualizada neste estudo. Turato (2003) por sua vez, considera que o pesquisador confunde-se com o objeto de estudo, e deve observar como ocorreu essa mistura, que fenômenos interferem, qual a sua dinâmica, constituindo-se num instrumento de captação do fenômeno.

A natureza da pesquisa qualitativa (BOSI; MERCADO, 2006), ou compreensivo-interpretativa na referência de Turato (2003), é bem peculiar, abrigando uma complexidade de perspectivas e uma visão alargada do que se pretende e como se concebe a partir de uma visão holística, quanto à questão do todo. Um dos desafios deste modelo, no entanto, é se fazer compreender e expressar-se sob o referencial científico, com a consciência e coerência necessárias

para o auto-sustento, o que me propus realizar, configurando esta como uma pesquisa qualitativa fenomenológica.

Um estudo fenomenológico caracteriza-se por descrever o significado das experiências vividas por vários indivíduos acerca de um conceito ou fenômeno. Como afirma Creswell (1998), o pesquisador que deseja realizar uma pesquisa de enfoque fenomenológico busca o significado central e fundamental da experiência do sujeito.

Para tanto se fez assim: no primeiro capítulo apresenta-se o percurso metodológico na tentativa de tecer o fio condutor que direciona e organiza novas dúvidas, juntando observações, sinais e evidências para compor os diferentes – métodos procurando construir uma trajetória que possibilite entender o objeto deste estudo.

No segundo capítulo, estuda-se a descentralização e seu reflexo no novo modelo de atuação à saúde, descrevendo-se o marco da proposta para melhor entendimento desta forma de relação intergovernamental.

Em seguida, o terceiro capítulo relata a experiência para reconstruir o processo de elaboração do plano de saúde através de observações, entrevistas e pesquisa bibliográfica e documental.

Finaliza-se a presente dissertação, apresentando as considerações finais e abordando as pautas significativas sobre o tema, tecendo algumas reflexões sobre os aspectos sócio políticos deste estudo.

Espera-se, que este estudo contribua para reflexões que fortaleçam a necessidade da participação dos sujeitos sociais, particularmente na elaboração de políticas públicas em especial a política de saúde aqui enfocada, como condição de democratização e melhoria da qualidade do Sistema de Saúde Municipal.

CAPÍTULO I

BASE CONCEITUAL: UM RECORTE METODOLÓGICO PARA A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Toda pesquisa é um trabalho de desvendamento de um fragmento da realidade no desenho modelado que é a ciência. Quanto mais se insere no terreno do conhecimento, mais se encontram explicações, e ao mesmo tempo, incertezas.

A atividade científica é a consequência de uma atitude do ser humano ao observar o mundo, entendendo-o, reconstruindo-o e tornando-o compreensível, tendo como objetivo contribuir para a evolução, aperfeiçoamento e progresso da ciência e, conseqüentemente, da humanidade.

Para Selltiz (1974, p.6):

[...] a pesquisa visa descobrir resposta para perguntas, através do emprego de procedimentos científicos. Tais processos foram criados para aumentar a probabilidade de que a informação obtida seja significativa para a pergunta proposta e, além disso, seja precisa e não visada.

Portanto, a abordagem acerca da metodologia de uma investigação social pressupõe alguns esclarecimentos prévios sobre o entendimento da pesquisa como processo do próprio conceito de ciência.

Este trabalho, como as demais pesquisas sociais, situa-se entre a inquietante tensão entre a realidade concreta do objeto de estudo e a possibilidade de compreendê-lo, pois o conhecimento dá-se a partir da construção do olhar do observador, mas deve resguardar também a objetividade que lhe é própria.

O método é o caminho escolhido pelo pesquisador para acercar-se de seu objeto, não sendo o único que reflete a visão de mundo e a concepção de ciência do pesquisador.

Lakatos e Marconi (2003) referem o método como um conjunto de atividades sistemáticas que possibilitam alcançar determinado objetivo, configurado em elementos válidos.

Desta forma, o pesquisador constrói um olhar delineado pelas determinações históricas, mas também por sua visão de mundo, procurando traduzir

os aspectos essenciais de seu objeto a partir das teorias científicas consolidadas e de uma metodologia requerida pelas especificidades do estudo, como esclarece Carvalho (2006) “o senhor objeto é que determina como deve ser desvendado”.

Assim, expõe como se constituíram os fios da tessitura da autora, desde as categorias teóricas requisitadas ao acercamento do objeto, como os procedimentos e técnicas de coletas de dados, tendo presente que,

O caminho da pesquisa não é um mero elo entre o sujeito e o tema a ser pesquisado; antes, é uma relação profunda de onde emergem procedimentos capazes de promover a identidade de um com o outro, tornando-os cúmplices de um mesmo processo. A metodologia é, portanto, uma síntese desta relação e está associada ao olhar do sujeito na sua forma e intensidade. (MENDES, 2005, p.24)

Segundo Demo (1990, p.29), sendo “a ciência também um fenômeno histórico, é propriamente um processo. O conceito do processo traduz as características de uma realidade sempre volúvel, contraditória, nunca acabada, um vir a ser [...]”.

Neste sentido, Deslandes & Assis (2002) afirmam que, apesar da diversidade entre as abordagens qualitativas, existe o propósito comum em analisar o significado atribuído pelos sujeitos dos fatos, relações e práticas, isto é, avaliando tanto as interpretações quanto às práticas dos sujeitos.

De acordo com Malhotra (2001), a pesquisa qualitativa é uma metodologia não-estruturada, de caráter exploratório, que se baseia em pequenas amostras e permite melhor compreensão do contexto do problema. A pesquisa qualitativa, muito utilizada nas ciências sociais, é apropriada nos casos de avaliação formativa, quando se trata de melhorar a efetividade de um programa, ou plano, ou quando é o caso da proposição de planos, ou seja, quando se trata de selecionar as metas de um programa e construir uma intervenção, mas não é adequada para avaliar resultados de programas ou planos.

Segundo Minayo (1992, p.10):

[...] a metodologia qualitativa é aquela que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. O estudo qualitativo pretende apreender a totalidade coletada visando, em última instância, atingir o conhecimento de um fenômeno histórico que é significativo em sua singularidade.

Entretanto, realizar uma pesquisa qualitativa implica, além da escolha adequada de um referencial teórico para a validação do conhecimento, seguir algumas posturas que são características deste tipo de abordagem:

- Em virtude de trabalhar com sentidos e significados, a pesquisa qualitativa privilegia o contato direto com os sujeitos no seu contexto, para que possam ser obtidas as informações;
- É uma característica da pesquisa qualitativa a sua forma descritiva, já que os dados incluem notas e transcrições de entrevistas. O pesquisador busca analisar os dados em toda sua riqueza, respeitando a maneira como foram registrados ou transcritos;
- Os pesquisadores que utilizam a abordagem qualitativa tendem a analisar seus dados de forma indutiva. Não recolhem dados ou provas com o objetivo de confirmar hipóteses. Ao invés disso, as abstrações são construídas à medida que os dados recolhidos vão sendo categorizados. Dessa maneira, há uma ênfase no processo e não apenas nos resultados do estudo.

Assim, a pesquisa qualitativa trata-se de uma pesquisa que se insere no marco de referência da dialética, direcionando-se fundamentalmente pelos objetivos buscados, o objeto não se define por uma relação de exterioridade, define-se, ao contrário na trajetória que o pesquisador desenvolve em relação aos sujeitos que vivem nessa realidade em que o objeto está situado.

O pesquisador procura entender os sentidos de sujeitos, não de objetos e, deste modo, a investigação qualitativa busca a compreensão subjetiva da experiência do homem, tendo um caráter mais valorativo e humano.

Neste contexto, a linha de investigação ora desenvolvido caracteriza-se como de natureza empírica e foi desenvolvida seguindo uma abordagem qualitativa, sustentada na afirmação de Demo (2002, p.2), vista como um “diálogo crítico e criativo com a realidade, culminando com a elaboração própria e na capacidade de intervenção. Em tese, pesquisa é a atitude de “aprender a aprender”, e, como tal, faz parte de todo o processo educativo e emancipatório.”

Logo, o método de investigação pressupõe uma pesquisa mais cuidadosa sobre o fenômeno a ser estudado, trabalha com os fatos, e com os dados empíricos possíveis de serem obtidos, mas não se contenta com o dado isolado, necessita da análise para montá-lo, para captar suas conexões, contradições e a sua unidade.

Portanto, é possível dizer que nenhum estudo enquadra-se com perfeição num tipo específico de pesquisa, o que se verifica é que se podem utilizar metodologias diversas dependendo dos objetivos, objetos e temas propostos, até porque como afirma Demo (1990, p.3), “quando analisamos um fenômeno, só o vemos parcialmente, pois não dominamos todas as áreas do conhecimento.”

Toda pesquisa é um ato intelectual que busca adquirir e construir conhecimentos, respostas para um objeto ou problema a ser pesquisado. Na realidade, as descobertas serão sempre renovadas, sem atribuir verdades absolutas, pois o pesquisador busca conhecimentos passíveis de revisão e reanálise.

Neste estudo, a fase exploratória teve início com a pesquisa bibliográfica, onde a mesma procura explicar um problema a partir de referências teóricas, publicadas em documentos. Pode ser realizada independentemente, ou como parte descritiva ou experimental. Em ambos os casos, buscam-se conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado, existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema.

Neste sentido, a Pesquisa Bibliográfica consiste das seguintes etapas:

- Identificação do material bibliográfico e/ou fontes de informação: efetivada por meio do levantamento em consulta na Internet e pesquisa local.
- Análise e seleção da documentação bibliográfica dos assuntos estudados no decorrer da elaboração do trabalho intelectual;
- Leitura das fontes informativas: optou-se, após leituras seletiva e analítica das fontes, pelo fichamento, o que facilita a produção final do relatório de pesquisa.

Assim foram usadas as seguintes categorias analíticas: participação cidadã, políticas públicas e descentralização que foram mediadoras para a compreensão deste estudo.

Para Teixeira (2001), a participação cidadã trata-se do processo complexo e contraditório entre sociedade civil, Estado e mercado, em que os papéis se redefinem pelo fortalecimento dessa sociedade civil mediante a atuação organizada dos indivíduos, grupos e associações.

Em relação às políticas públicas, sabe-se que a intenção desta é que leve em conta a participação da cidadania, por meio de mecanismos procedentes da sociedade civil organizada, não significa a exclusão dos poderes constituídos. (MARTINS; PIERANTI, 2006)

De acordo com Bravo e Pereira (2002), a descentralização pode ser concebida como o deslocamento do poder decisório, de cima pra baixo, dentro da estrutura hierárquica governamental a descentralização também é vista como a aproximação entre as funções governamentais e os cidadãos diretamente interessados nos seus resultados, sendo que neste segundo caso, está compreendida tanto a instalação de agências ou escritórios regionais ou locais, como a transferência de funções entre esferas de governo.

Entre as diversas técnicas do trabalho de campo, foram empregadas entrevistas semi-estruturadas, além da observação direta participante, por serem de suma importância para realização deste estudo.

As entrevistas, observações e pesquisa documental colaboraram para discernir as dimensões essenciais do problema estudado.

Durante todo o processo da pesquisa, exige-se do pesquisador além da competência profissional uma postura ética que respeite o diálogo, a discussão, no respeito absoluto às diversidades do saber compartilhado, bem como desenvolver as habilidades técnicas necessárias para o desenvolvimento da mesma.

Nessa perspectiva, é necessário reconhecer que o envolvimento do profissional com o objeto de estudo exigem um estabelecimento de compromisso, confiança, num momento excepcional da convivência, marcado pela construção do vínculo relacional entre os sujeitos da pesquisa e pelo discernimento entre valores, e pela manifestação de imperativos que contestam o senso comum.

Apresenta-se, a seguir, o reflexo da descentralização no novo modelo assistencial, por meio da fundamentação teórica que apóia este estudo para mediar o estudo empreendido, apresentando os pontos julgados significativos à fundamentação e compreensão do tema.

CAPÍTULO II

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A DESCENTRALIZAÇÃO DO NOVO MODELO ASSISTENCIAL

A idéia de que a saúde se relaciona com as condições ambientais e de vida das populações é milenarmente conhecida. Mas somente a partir do nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, pesquisas sistemáticas começaram a referendar essa tese e a dar subsídios, tanto para formulação de políticas públicas quanto para as lutas dos sindicatos e dos movimentos sociais, quanto à garantia dos direitos desta área. Na verdade, a preocupação com essas relações atravessa toda a história da medicina social ocidental como se pode ver nos estudos de Chadwick (1945); Behm et al (1970); Rosen (1980); Breih & Granda et al (1990); Duchide (1995); Minayo (1995); Monteim (1995); Barreto & Carmo (1994).

O Estado brasileiro não tinha, até século passado, um sistema de atuação sobre a saúde de sua população. Apenas atuava de forma pontual em situações de epidemias. A economia do Brasil era agrícola e o crescimento do país advinha da exportação de produtos da agricultura, principalmente a cafeeira e a açucareira. Assim, a atenção do governo brasileiro estava dirigida aos “espaços de circulação de mercadorias”, ou seja, as estradas e os portos, do Rio de Janeiro e de Santos.

Por motivos de interesses comerciais, foram tomadas, em 1902, as primeiras providências; o programa de saneamento do Rio de Janeiro e o combate à febre amarela urbana em São Paulo. Não se pode dizer que se tinha uma política nacional de saúde pública.

Na verdade, somente em 1923, se deu o primeiro marco na saúde pelo Governo Federal, a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. As áreas de atuação eram saneamento urbano e rural, propaganda sanitária, as higiene infantil, industrial e profissional, as atividades de supervisão e fiscalização, a saúde dos portos e o combate às endemias rurais. (MENDES, 1995)

Ainda no mesmo ano, com a lei Elói Chaves, foram criadas as caixas da aposentadoria e pensões (CAPS); hoje conhecida como Previdência Social. Era uma espécie de seguro social, que garantia aposentadoria e assistência médica.

Obviamente, modificar estruturas tão sedimentadas requer muito empenho por parte dos profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária e requer, ao mesmo tempo, um alerta da população usuária, fiscalizando os serviços em termos de qualidade, eficiência e resolutividade. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade num país de imensa desigualdade social e com direitos negados a 32 milhões de excluídos socialmente, ainda está longe de se tornar uma realidade. O acesso está no ideário do consumo, ou seja, o cidadão quer ter suas necessidades de saúde supridas no âmbito dos serviços prestados, sejam eles do setor público ou privado/conveniados. (VIANA, 2005)

Entretanto, com o crescimento das CAPS, são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS); onde o Estado entra como contribuinte. As CAPS privilegiaram a assistência médica, os IAPS privilegiam a previdência social, mantendo a assistência médica em segundo plano. Surgiu então em meados dos anos 60, a unificação de todos os IAPS, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Daí, consolidou-se o modelo brasileiro de seguro social e de prestação de serviços médicos. O direito à assistência à saúde era uma prerrogativa dos trabalhadores, que tinham carteira assinada e contribuía com a previdência. O Estado passa a ser o grande comprador de serviços de saúde às empresas médicas, expandindo o capital privado.

Por volta de 1964, ficou estabelecido o “complexo previdenciário”, composto por três sistemas: o sistema próprio (rede de hospitais e unidades de saúde de propriedade da Previdência Social), recursos humanos assalariados e o sistema contratado, que se subdividia no sistema contratado credenciado com sistema de pagamento por unidades de serviços e sistema contratado conveniado (sistema de pré-pagamento). O INPS privilegiava a forma conveniada.

Em 1977 é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) onde as ações relativas à previdência e a assistência médica ficam divididas.

Este Sistema é formado pelo IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência Social), e pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). O INAMPS passa então, a ser o grande catalisador das ações de assistência médica no Brasil, continuando com a mesma política de privilegiamento do setor privado. Só tinha acesso a esse serviço, quem contribuía

com a previdência. Este modelo de prestação de serviços era extremamente perverso, além de excludente.

Segundo Mendes (1995), as intermináveis filas, baixos salários, precárias condições de trabalho, gravaram uma insatisfação crescente da população com a qualidade da assistência, surgindo um movimento a partir de discussões acadêmicas sobre as políticas de saúde e da reestruturação das organizações de trabalhadores da saúde, que ficou conhecido como Movimento Sanitário e teve uma atuação marcante nos destinos do sistema de saúde brasileiro.

O Movimento pela Reforma Sanitária teve suas raízes em profissionais da saúde que, de posse de diversos estudos feitos por intelectuais ligados à área de saúde, passaram a criticar o modelo vigente e propor alternativas para a sua reestruturação. À medida que o processo de abertura política se ampliava, com a oposição tendo vitórias significativas nas eleições parlamentares, o movimento foi se ampliando e a ele foram se incorporando lideranças políticas, sindicais e populares, bem como parlamentares interessados na causa.

O primeiro marco desse movimento se deu em 1979, I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Na ocasião, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) era o legítimo representante do movimento sanitário e apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, uma proposta de reorganização do sistema de saúde. Essa proposta, que já se chamava, na época, de Sistema Único de Saúde contemplava diversos conceitos oriundos de experiências bem sucedidas em outros países, como a universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações, democratização e participação popular, bem como algumas experiências de atenção primária e de extensão de cobertura desenvolvidas no país, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que foram implementadas em áreas rurais do Nordeste e o Projeto Montes Claros em Minas Gerais.

Num primeiro momento, as propostas foram ignoradas pelo Governo, mas aos poucos o movimento foi crescendo, legitimado pelos movimentos populares e pela atuação de seus militantes tanto em suas lutas, como no âmbito parlamentar e em algumas instituições de saúde.

Com o agravamento da crise do sistema de saúde previdenciário, as iniciativas de extensão de cobertura assistencial nos estados e municípios, que são

reforçadas pelo discurso oficial. O próprio governo elaborou seu plano de reorganização da assistência à saúde, que possuía características muito semelhantes ao Projeto da Reforma Sanitária, pois previa a implantação de uma rede de serviços básicos, apontava para a descentralização do setor, pregava a participação popular e a integração dos Ministérios da Saúde e da Previdência. Esse projeto, discutido em 1980, chamou-se PREV-SAÚDE, sofreu muitas pressões e não saiu da gaveta.

Em termos administrativos a descentralização torna a máquina administrativa mais eficiente propiciando processos mais participativos, e, pelo fato de sua proximidade com a comunidade, menos burocrática, resgatando dessa forma a cidadania.

A Constituição Brasileira de 1988 diz que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, representando uma das maiores conquistas do Brasil nas políticas sociais. Somente em 1988 este direito foi conquistado. Para que seja possível compreender a situação atual da saúde no Brasil, torna-se necessário entender as trajetórias de uma política assistencial, relação Estado e cidadão.

Na prática não é bem assim, e as desigualdades sociais no Brasil atingem proporções gigantescas. A grande extensão e a diversidade de realidades torna difícil a aplicação à risca do que está estabelecido na constituição. Como pode haver igualdade quando a pobreza absoluta convive com a riqueza ostensiva? Na área da saúde esse preceito tem sido exercido de forma plena? Essas perguntas começaram a obter resposta a partir da Proposta de Emenda Constitucional da Saúde (PEC 29 - 2003), que estabeleceu a participação da União, dos Estados, Municípios e Distrito Federal, no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, através de uma aplicação mínima de recursos, fixada por lei. A PEC 29 – 2003 foi o primeiro passo em direção ao Sistema Único de Saúde (SUS), que definiu o direito à saúde, recuperação e prevenção, a todo brasileiro. Esse modelo acaba de completar doze anos. Eis algumas de suas diretrizes básicas: universalidade, integridade, equidade, descentralização e participação da sociedade.

Este pensamento, portanto, não visa minimizar a importância das políticas de assistência à saúde; pelo contrário, os serviços de saúde têm uma grande responsabilidade na manutenção da saúde dos cidadãos e a defesa de um serviço que seja igualitário, eficaz e resolutivo.

O que o Sistema Único de Saúde - SUS preconiza é a organização da oferta pública de serviços à população, mediante programação regionalizadas, baseada em análise de necessidades indicadas pelo perfil epidemiológico local, com freqüente articulação entre ações de natureza preventiva e curativa e complementaridade entre os vários níveis de complexidade de atenção na rede de serviços, contemplando a participação da sociedade no planejamento e nas decisões.

Completamos dez anos de luta pela construção do SUS: uma luta muito séria, muito dura, muito difícil, porque tivemos que construir o SUS na contramão da vontade política do poder executivo federal, e sobretudo daqueles que ditam as regras da política econômica do país. (HEIMANN et al., 2000, p.2)

A Carta Constitucional de 1988 introduziu quatro instrumentos de participação popular aplicáveis aos Municípios, três deles extensivos também às outras esferas de Governo.

O instrumento específico referente aos Municípios diz que a Lei Orgânica que cada Município adotar deve incluir, entre outros princípios, "a cooperação das associações representativas no planejamento municipal" (art. 29, XII).

Outra forma de participação popular, permitida também para os outros níveis de Governo, diz respeito à "iniciativa popular de projetos de leis de interesse específico do Município, da cidade ou dos bairros, através de manifestação de, pelo menos, cinco por cento do eleitorado" (art. 29, XIII).

O terceiro e o quarto instrumentos, também extensivos aos Estados e à União, se referem ao plebiscito e ao referendun das leis pelo eleitorado (art. 14, I e II).

O processo acima estabelecido necessita em primeiro lugar, concentrar esforços para garantir um real controle social, necessitando, assim, de maior informação sobre os pressupostos de criação e discussão sobre os mecanismos citados, que são assegurados em lei.

Entretanto, se tem por um lado o espaço, através dos canais institucionais de participação, por outro lado, há a falta de capacitação dos representantes dos segmentos, para intervir, ou seja, estes sujeitos políticos apresentam dificuldades de ordem prática no domínio das contas públicas; nem dispõem de informações sobre as fontes de recursos, gerenciamento e principalmente planejamento e orçamento. (VIANA, 2005)

Deste modo, a falta de informação sobre o aparato administrativo, aparece como entrave para que os representantes dos segmentos sociais possam modificar as diretrizes e redirecionar o percentual dos recursos destinados ao setor para as demandas de interesses coletivos. Assim, participar das decisões governamentais sugere modificações do ponto de vista de apreender a participação popular como uma construção coletiva, envolvendo desde a melhor maneira de aplicar os recursos, como criar mecanismos de distribuição de recursos sem correr o risco de se estar fazendo uma leitura incorreta da realidade.

Não basta criar mecanismos de capacitação destes representantes para que os mesmos possam avaliar, fiscalizar e propor medidas/ações alternativas e, criativas, de gerir políticas que correspondam aos interesses da população usuária, é necessário investigar (Controle Social e Ministério Público) se o Município de Fortaleza se aplicou aos recursos deste importante serviço no mercado em detrimento da qualidade do serviço prestado ao povo brasileiro, especificando os cearenses.

O SUS hoje inequivocadamente representa o sistema mais avançado entre os que já tiveram vigência no país. Sua importância num país com a desigualdade e as carências do nosso é hoje pouco questionada.

Tanto que, apesar das restrições a seu desenho universalista e mesmo levando em conta suas óbvias imperfeições, não parece haver nenhum segmento hoje disposto a propor a sua extinção ou substituição por outro sistema, de caráter segmentado ou excludente.

Como novo pacto social, voltado para garantir acesso universal e igualitário a todos os cidadãos, o SUS certamente tem ainda uma longa trajetória a cumprir. Embora tenha um caráter claramente redistributivo, na medida em que acolhe amplos segmentos populacionais antes excluídos, a partir de recursos do conjunto da sociedade, tais recursos são ainda insuficientes num contexto econômico geral que reproduz a desigualdade.

A oferta de benefícios à população varia, pois, de acordo com a forma como o Estado é organizado política e economicamente. A saúde é considerada como uma das formas de expressão das políticas sociais e a noção desse direito vêm sendo difundida já há algum tempo como um componente da doutrina dos direitos humanos. Isto quer dizer que “todo indivíduo, independente da cor, situação

sócio-econômica, religião e credo político, deve ter sua saúde preservada” (OLIVEIRA, SOUZA, 1998).

Numa visão simples, a saúde não pode ser colocada no mesmo plano de quaisquer outras formas de direito, uma vez que é uma condição de sobrevivência e manutenção da espécie. A sociedade e, portanto, suas formas de gerência e controle como é o Estado, têm a obrigação de preservar a saúde de todos. É importante não confundir direito à saúde com direito à assistência à saúde.

A saúde está interligada as condições de vida biológica, social e cultural e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho. Logo, a saúde deve ser mantida através de fatores que incrementem a qualidade de vida, e não somente da assistência. Isso cobra uma articulação de todos os setores sociais e econômicos (emprego, moradia, saneamento, alimentação, educação, etc).

Enfim, havia um reconhecimento da falência e, sobretudo, da obsolescência do sistema de saúde também por parte de alguns técnicos do governo. Ocorre que os anos anteriores a 2005, de absoluta anuência do governo com o capital privado criou uma forte rede de influências. As grandes corporações e associações médicas, particularmente a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) ainda defendiam com unhas e dentes o modelo que tantos lucros lhe geravam.

Mesmo assim, algumas conquistas foram sendo obtidas paulatinamente. Com a criação do CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), em 1981, foi elaborado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, conhecido como Plano CONASP, que incorporava diversas propostas da Reforma Sanitária. A efetivação desse plano se deu, estrategicamente a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS), que se constituíram na primeira experiência de um sistema mais articulado e integrado. As AIS propiciaram o surgimento das Comissões Inter-institucionais de Saúde (CIS), os embriões dos atuais Conselhos de Saúde e foram a base para a implantação, mais tarde, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a primeira aproximação estratégica para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa sucessão de planos, siglas, debates, lutas e propostas frustradas, caracterizaram a efervescência da produção intelectual do movimento sanitário brasileiro. Era preciso por em prática todos esses conceitos que, apenas timidamente, com iniciativas isoladas, ainda não impactavam sobre a saúde do país.

O momento político era propício, com o advento da Nova República e a redemocratização do país após o fim do regime militar. Em 1985, após a eleição de Tancredo Neves a Presidência da República, que não chegou a exercer por falecimento devido a problemas de saúde, assumindo seu vice, José Sarney (1985-1989), os movimentos sociais se intensificam e uma maior discussão foi possível sobre os novos rumos que deveria tomar o sistema de saúde. Com a previsão da eleição da Assembléia Nacional Constituinte, que se encarregaria da elaboração da nova Constituição brasileira, é convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, para discutir a nova proposta de estrutura e de política de saúde para o país.

Este movimento visava criticar o modelo vigente e propor alternativas para a sua reestruturação. O primeiro marco desse movimento foi em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, que pela primeira vez discutiu-se publicamente uma proposta de reorganização do sistema de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS).

Contemplava a universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações, democratização e participação popular, já anterior citado. Posteriormente, o próprio governo (2002) elaborou seu plano de reorganização da assistência à saúde, que possuía características muito semelhantes ao projeto da Reforma Sanitária, pois previa a implantação de uma rede de serviços básicos, apontava para a descentralização do setor, pregava a participação popular e a integração dos ministérios da Saúde e da Previdência, que se chamou PREV - SAÚDE, porém não foi posto em prática.

Todavia, em 1981 foi criado o CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), considerado uma das conquistas obtidas na saúde brasileira. A partir das Ações Integradas de Saúde (AIS), que constituíram a primeira experiência de um sistema mais articulado e integrado (TEIXEIRA, 1995), foi elaborado o plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social.

Os movimentos sociais se intensificam e uma maior discussão foi possível somente em 1985, durante o governo Sarney (1985-1989). É convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o maior fórum de debates sobre a situação de saúde do país.

O documento “Projeto de Extensão Crêser” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p.7), expressa a mobilização social que se desencadeou desde

então: “Nas últimas décadas, tem havido um interesse maior das pessoas e das comunidades para iniciativas e habilidades que buscam expandir o potencial de vida, uma visão política da saúde.”

Essa conferência tem ênfase nos princípios da reforma sanitária. As propostas contempladas no relatório foram aprovadas pela Constituição Brasileira em 1988, sendo implantado o Sistema Único de Saúde (SUS).

O sanitarista Rodrigues Neto (1994, p.27) expõe uma concepção de SUS:

Primeiramente, o SUS é um sistema, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, usando as mesmas normas do serviço público.

Assim, o SUS trata-se de um sistema universal e integral que está sendo implantado com as dificuldades proporcionais ao seu nível de complexidade.

O SUS é, pois, uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição 1988. Ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade do governo federal, estadual e municipal. É um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum; às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

São doutrinas desse sistema:

- *Universidade*: garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão.
- *Equidade*: assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras.
- *Integralidade*: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, com direito às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, junto às unidades prestadoras de serviço.

Segundo Brasil (2000, p.5), “o homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.”

Princípios:

- *Regionalização e hierarquização:* os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. O acesso da população à rede deve ser dar através dos serviços de nível primário de atenção. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.
- *Resolubilidade:* é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.
- *Descentralização:* é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.
- *Participação dos cidadãos:* é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos Conselho de Saúde e também nas conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.
- *Complementariedade do Setor Privado:* a Constituição define que, quando por insuficiência do setor público, for necessário a contratação de serviços privados, isso deve se dar sob três condições:
 - 1ª) a celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular.
 - 2ª) a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicos do SUS.
 - 3ª) a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o que, em nível e em que lugar.

As principais características do SUS são as seguintes:

- Deve atender a todos, de acordo com suas necessidades.
- Deve atuar de maneira integral, ver a pessoa como um todo.
- Deve ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações.
- Deve ser racional, o SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população.
- Deve ser eficaz e eficiente. Deve produzir resultados positivos, precisa ter qualidade.
- Deve ser democrático, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema. (BRASIL, 2000)

A partir da Constituição Federal de 1988, o princípio da descentralização tornou-se o “carro chefe” na formação de um novo Estado nos anos 90, como explicitado anteriormente.

A centralização do regime autoritário das décadas de 70 e 80 distanciou a população das esferas decisórias dos governos, negando o caráter redistributivo do Estado.

Assim, se vê a descentralização como uma resposta à repressão imposta pelos governos autoritários e uma alternativa, muito viável, a uma aproximação entre Governo e sociedade civil, principalmente, quando isto ocorre no município.

Na Nova República, mais precisamente na década de 80, o setor da saúde é visivelmente assinalado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que fomentou uma ampla discussão proporcionando subsídios à formação de um novo cenário marcado pela descentralização de recursos e decisões.

A Constituição Federal de 1988 ainda consagra este debate da descentralização dos serviços e das políticas de saúde, como um dos mais importantes ao País, não apenas como o repasse de recursos do Governo para o município, mas como a descentralização das atividades no âmbito local.

Para os governos municipais isso se traduz em uma relação mais próxima com a sociedade local, via municipalização das políticas públicas. Os gestores locais ganharam mais autonomia para gerenciar os recursos através de uma estrutura que pressupõe maior participação dos atores sociais envolvidos neste processo.

A descentralização só acontece de fato quando efetivamente há uma remodelação de centros de poder decisório, sendo que nos demais casos o que se tem é apenas uma desconcentração, pelo fato desta não ter ingerência sobre o poder de decisão, sendo utilizada apenas no plano físico-territorial.

A aprovação do SUS na Constituição de 1988, sem dúvida representa importante conquista. Todavia sua implementação ainda se mostra como desafio. (OLIVEIRA, SOUZA, 1998).

Mesmo assim, ainda continuou-se com a prática dos convênios e outros expedientes centralizadores. Durante o governo do Presidente Fernando Collor (1990-1991), a regulamentação do sistema para a chamada Lei Orgânica da Saúde foi relegada a um segundo plano, sendo aprovada somente em 1990.

No Governo Itamar Franco (1991-1993), foi publicada, pelo Ministério da Saúde, a Norma Operacional Básica (NOB) nº 1, 1993; que regulamentava o processo de descentralização das ações de saúde para Estados e Municípios.

Conforme Bravo e Pereira (2002), sabe-se que para viabilizar a democratização na saúde, na direção das conquistas sociais necessárias, sugere-se o aprofundamento do controle social, visando à construção de uma esfera pública de saúde. Como enfrentamento deste desafio, cada vez maior frente ao aumento da conservadorização da sociedade civil e política, propõe-se o desenvolvimento de análises teóricas sobre a temática, bem como a realização de assessoria aos conselheiros de saúde e entidades que constituem forças potenciais de transformação nessa nova ordem política brasileira.

A partir dos anos 90 houve uma expansão da chamada medicina supletiva, cujos maiores representantes são os planos de saúde privados.

Daí ocorreu a “universidade excludente” – não era preciso mais ser contribuinte da previdência para ter acesso aos serviços de saúde, bastava ser cidadão. Porém, houve aumento da demanda, mas não foram criadas estratégias para dar conta desse aumento. Logo, o SUS aumentou o contingente de pessoas que se acotovelavam para ter acesso aos serviços de saúde. A chamada Medicina de grupo crescia.

Ocorre que o SUS não foi criado para servir como o sistema de saúde dos pobres e indigentes. Ele foi criado para ser o Sistema de Saúde de todos os brasileiros, de qualidade, eficiente, eficaz, resolutivo e democrático.

Neste sentido, explicita Oliveira e Souza (1998):

A partir do entendimento que todos nós temos de saúde enquanto direito, é nosso dever lutar para que este sistema seja desenvolvido em sua plenitude. Essa é uma forma de, inclusive, promover mais justiça social, mais democracia e mais humanidade dentro da sociedade.

O conceito abrangente de saúde, definido na nova Constituição deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (BRASIL, 2000).

É necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, para melhor identificar grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde.

- *Ações de promoção e proteção de saúde:* visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças. Esses grupos compreendem um elenco bastante vasto e diversificado de ações, de natureza eminentemente preventiva (Saúde Pública).

No campo da promoção são exemplos de ações: educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, etc. No desenvolvimento dessas ações devem ser utilizados, de forma programática e sistemática, com emprego de linguagem adequada ao público-alvo, os diferentes meios e veículos disponíveis de comunicação ao alcance da comunidade.

No campo da proteção, são exemplos de ações: vigilância epidemiológica, vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária, entre outros. Todas as ações de promoção e proteção da saúde, podem e devem ser exercidas (ou desencadeadas), também, durante o atendimento nas unidades de saúde, ambulatoriais e hospitalares, com objetivos e técnicos adequados a estes locais.

- *Ações de recuperação:* esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes e danos de toda natureza, a limitação da invalidez e a reabilitação. Essas ações são exercidas pelos serviços públicos de saúde (ambulatoriais e hospitalares) e, de forma complementar, pelos serviços particulares, contratados ou conveniados, que integram a rede do

SUS, nos níveis federal, estadual e municipal. As ações típicas são: consultas médicas e odontológicas, a vacinação, o atendimento de enfermagem etc.

A reabilitação consiste na recuperação parcial ou total das capacidades no processo de doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.

- *Programas de saúde:* existem grupos populacionais que estão mais expostos a riscos na sua saúde, como por exemplo, menores de 1 ano, gestantes, idosos, trabalhadores urbanos e rurais sob certas condições de trabalho, etc. a intensidade e a peculiaridade dessa exposição variam bastante com os níveis sociais e características epidemiológicas de cada região. Portanto, no planejamento da produção das ações de educação em saúde devem ser normatizados alguns procedimentos a serem dirigidos especialmente a situações de risco, com a finalidade de intensificar a promoção, proteção e recuperação da saúde. Daí vem o conceito e prática dos programas de saúde, que são parte da produção geral das ações de saúde pelas instituições, unidades e profissionais da área (BRASIL, 2000).

Todos os profissionais de saúde devem se mobilizar para que as ações de saúde, preconizem um atendimento integral com todas as especialidades das áreas afins de saúde, assegurando a universalidade, integralidade e equidade das ações da saúde através das diretrizes do SUS.

2.1. Os instrumentos de regulamentação do Sistema Único de Saúde

Desde que a Noas – Norma Operacional de Assistência à Saúde – foi publicada e após ter discutido e ouvido muito sobre ela junto a gestores, técnicos e representantes da população nos Conselhos de Saúde, me convenci que se posicionar diante dela, a favor ou contra, é restringir a discussão a uma perspectiva maniqueísta que não dá conta da diversidade de questões que ela traz para o atual cenário do processo de consolidação da implantação do SUS no Brasil.

Seria pouco enriquecedor para o debate limitar a discussão a aspectos positivos ou negativos. Isso porque ela avança em vários pontos ao mesmo tempo em que estrangulam outros.

Na década de 80, a política de saúde era norteadada pela especialização da assistência médica numa busca desenfreada da incorporação da tecnologia,

gerando cada vez mais uma assistência cara e desigual, definia-se a política orientando-se pela lógica do prestador e por um modelo hospitalocêntrico, foi com a Constituição de 1988 que se colocou a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A partir daí foram implantadas as Normas Operacionais Básicas (NOB 91,93 e 96), que vieram normatizar o processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo constituídas, como instâncias colegiadas de decisão as Comissões Intergestores Bipartites, em nível estadual, e a Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito federal.

As NOBs não representam apenas estratégias de indução ou constrangimento do processo de descentralização; ao contrário, passam a configurar outros espaços de pactuação de interesses na área da saúde, originando ordenamentos, além da emergência e do fortalecimento de novos atores, pela incorporação de inúmeros centros de poder na arena decisória da política.

Foi com a NOB 96 que os municípios passaram a ter duas formas de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal. O impacto dessa norma para o SUS foi significativo na medida em que foi ela que implantou o Piso de Atenção Básica (PAB), que passou a financiar a atenção básica com pagamentos per capita e não mais por procedimentos realizados.

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS, em especial NOB 93 e 96, promoveu uma integração de ações entre as três esferas de governo e desencadeou um processo de descentralização, transferindo da instância federal para as instâncias estaduais e municipais responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde.

A descentralização da gestão do sistema foi, num primeiro momento, a principal prioridade; entretanto, à medida que esta foi amadurecendo, evidenciou-se um conjunto de dificuldades para a consolidação do SUS. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas/2001) é elaborada neste quadro, que, com base nos princípios da NOB 96, propõe estratégias que buscam regulamentar a assistência. Propõe uma forma de se fazer regionalização, organizando os municípios em módulos e microrregiões de saúde, cada qual ofertando serviços com determinado nível de complexidade, de maneira a facilitar o acesso.

A Noas traz à tona, mediante uma proposta de organização da assistência, questões que havia muito já deviam estar sendo discutidas, aprofundadas e enfrentadas pelos gestores:

- a garantia à população do acesso a serviços de atenção básica, buscando garantir, dentro de uma base territorial definida (regionalização), uma série de procedimentos que garantam resolutividade aos mesmos;
- considerar o planejamento, a programação e a pactuação como princípios ordenadores do sistema;
- ter a equidade como norte ao reconhecer as diferenças locais e regionais.

Todos esses conceitos não são novos; são propostas já defendidas desde a Constituição de 1988.

Se o fato de todo o município ter a atenção básica garantida no âmbito de seu território na perspectiva de trabalhar com ações prioritárias como a tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, saúde da mulher, saúde da criança e saúde bucal é um avanço inquestionável, aponto aqui a primeira incoerência, na medida em que a Norma compromete esta nova proposta ao vinculá-la à tabela de procedimentos na lógica do faturamento. Usa um conceito avançado aplicado a um instrumento velho, sem revisão.

Não se pode negar ainda que ações da atenção básica devem estar garantidas no âmbito municipal, e estas não podem estar comprometidas por investimentos em procedimentos de média complexidade.

Se, por um lado, essa garantia é necessária, a Noas, por outro, retrocede quando não reconhece a existência de parte desses serviços em municípios e, por conseguinte, não cria mecanismos que regulem os repasses aos mesmos. Assim como tais conceitos não foram criados pela Noas, esta não inicia o processo de organização de assistência. Suas normatizações, por tratar de forma linear todos as realidades municipais, acabam por engessar e retirar a autonomia regional no que se refere a definir um Plano Regional que desenhe uma proposta de regionalização na perspectiva de propiciar a melhoria do acesso com maior equidade sem ferir os pressupostos da Noas.

Se os Planos Regionais e Municipais são fundamentais nesse processo, a Programação Pactuada e Integrada também é instrumento fundamental para a organização da assistência. A definição de referências para municípios próprios e o recebimento de recursos financeiros para atender municípios de outros municípios

vêm a suprir uma lacuna existente hoje, na medida em que alguns municípios oferecem referência¹ sem nenhum retorno financeiro. Traz como novo, o pagamento per capita à luz do que acontece com a atenção básica, do primeiro nível de referência.

O Sistema Único de Saúde – SUS é um modelo de ação social integrada e descentralizada de matiz constitucional como visto anteriormente. O seu perfil, constituído por seus princípios e seus objetivos, são traçados pela Carta Magna, no art. 194 na ampla compreensão que dá ao direito de seguridade social no título da Ordem Social. Seu conceito é obtido na legislação ordinária como sendo "o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público" (Lei Federal nº 8.080/90, art. 4º).

No plano constitucional, o legislador não se esquivou da tradição de compor a normatização do SUS através de uma lei orgânica que, como tal, pretende sistematizar de maneira lógica e funcional os desideratos do direito à saúde enquanto política pública em uma ordem institucional complexa, tal como o federalismo brasileiro.

É precisamente esse, a partir de uma perspectiva político-constitucional, o mais delicado desafio da legislação básica de direito sanitário no país: organizar e equilibrar coerentemente a exigência da realização do mandamento constitucional da saúde enquanto direito fundamental, e assim sendo amplo e indefectível, com o modelo tripartite de federalismo acolhido pela Constituição de 1988 em um ambiente claramente assimétrico, assinalado por desigualdades inter e intra-estaduais.

A Lei Federal nº 8.080, de 19.09.1990 constituiu a chamada Lei Orgânica da Saúde e buscou atacar o problema do equilíbrio federativo nos pontos mais estrangulados pela anterior prática de excessivo centralismo, cujo modelo paradoxístico foi o INAMPS, em dois pontos: o financiamento e a gestão, de que tratar-se-á mais adiante.

A Lei Federal nº 8.080/90 foi alvo de uma série de vetos que provocaram a necessidade de formulação de um novo diploma para a regulação do controle do sistema por parte da sociedade civil, como previa a Constituição de 1988 (art.194, parágrafo único, VII), com o que surge a Lei Federal nº 8.142, de 28.12.1990.

¹ Segundo Rocha (1996, p.525), referência significa "insinuação; alusão".

A atividade normativa mais intensa, entretanto, revela uma característica própria do direito sanitário, que é o ser de natureza eminentemente regulatória, exercendo seu alcance por meio de uma significativa atividade exclusiva do Executivo, destacadamente as portarias chamadas de Normas Operacionais Básicas (NOB) e, atualmente, Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS).

Esse aspecto próprio do direito sanitário é apontado por Barros Tojal (1994, p.22):

A partir do momento em que se consolida o modelo do Estado Social, e a sua evidência resta absolutamente clara entre nós, especialmente à luz das considerações a propósito da ordem econômica da Constituição de 1988, o direito assume o papel de fator implementador das transformações sociais, veiculando inclusive prestações públicas. Por consequência, opera-se uma rematerialização da racionalidade legal.

Esse aspecto é bastante sensível no direito sanitário em função da dinâmica do seu objeto, bem como de seus particularismos, o que o torna especialmente avesso aos moldes de normatização estatutária do direito clássico, aos princípios de segurança jurídica e separação de poderes analisados sob uma ótica estreita, ponto de vista, ademais, em geral inconveniente para o cientista social.

No direito sanitário, a tendência comumente apontada pelos publicistas desde Loewenstein, consoante notícia Clèmerson Clève (1993) quanto ao robustecimento do Poder Executivo em face da nova e volátil dinâmica da sociedade pós-moderna e pós-industrial, é destacada. O Estado passa a assumir a função de suprir demandas que antes eram resolvidas no espaço individual ou familiar. A saúde é um exemplo mais do que claro do argumento, pois se doenças menos ofensivas ainda se prestam aos preparos medicamentosos caseiros, as epidemias e a saúde preventiva apresentam espectro meta-individual e meta-familiar.

Dessa maneira em 08.01.1991, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde reúne as Portarias de 15 a 20 na forma da NOB 01/91 e a Resolução 258, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, norma administrativa editada com vistas a regulamentar e dar cumprimento à disciplina constitucional e legal sobre a ação sanitária do Estado na forma do Sistema Único de Saúde.

Essa importante norma administrativa será a primeira de uma série de NOBs que traçarão o desenvolvimento e a implementação do ideal de proteção integrada à saúde no Brasil. A NOB 01/91 destaca-se pela criação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS) que serão os mecanismos, doravante, de organização e operacionalização dos pagamentos dos serviços hospitalares e ambulatoriais.

A NOB 01/91 irá adotar alterar o critério para distribuição das AIH (autorizações de internamento hospitalar) e UCA (Unidade de Cobertura Ambulatorial), que antes era baseado na relação direta entre os serviços prestados pelos Estados e Municípios. O critério da produtividade, por assim dizer, é comutado pelo parâmetro de atendimento de 10% da população-ano. Dessa forma, a Portaria 19, de 08.01.91, que integra a NOB 01/91 definiu para o Estado do Pará, ilustrativamente, 35.945 AIH-ano por um critério populacional e não mais de volume de internações feitas anteriormente.

É de se observar que com a NOB 01/91 é clara a intenção de estruturar o serviço de saúde pública em outras bases e voltados a outros objetivos, desta vez profundamente influenciados pela política sanitária sugerida pela Constituição Federal, qual seja a da gestão descentralizada da saúde. Em insistindo na continuidade do critério produção-pagamento a relação entre a União e Estados e Municípios seriam sempre a de prestadores de serviço de saúde, o que nitidamente é a intenção da Constituição de 1988, nem a da Lei nº 8.080/90, a qual se preocupa expressamente ao estabelecer as diretrizes do SUS em acentuar a capacidade de gestão em cada esfera federativa, senão veja-se:

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A evolução do aparato regulatório do SUS vai apresentar uma linha extremamente coerente no sentido de realizar o preceito da gestão descentralizada. A Resolução 258, de 07.01.91 que irá compor o texto da NOB 01/91, entretanto, não escapou às críticas pela marca centralista que ainda sugeria ao colocar o INAMPS como controlador do SUS. De fato, a posição do INAMPS no processo é ambígua porque por um lado representa uma estrutura centralizada, nacional, diretamente ligada ao Governo Federal e que nas reformulações pelas quais passa a Seguridade Social na década de 1990 perde completamente o significado, mais precisamente após a extinção do SINPAS e a criação do INSS. Com a Lei Federal nº 8.080/90, art. 39, §5º todo patrimônio imobiliário do INAMPS passa a ser transferido para os órgãos que integram o SUS. Ademais a Constituição Federal atribui a competência para ação sanitária (art.198) ao SUS, perdendo o sentido a presença extemporânea do INAMPS na dita Resolução.

Nesse diploma administrativo é reconhecida a necessidade da descentralização pelo que cabe ao INAMPS, quanto à supervisão das atividades de saúde "conceder um crédito de confiança aos Estados e Municípios, sem prejuízo do acompanhamento a ser exercido pelos mecanismos de controle e avaliação que estavam sendo desenvolvidos". Além do que a transferência dos recursos do INAMPS para as unidades federativas dar-se-ia mediante celebração de convênios. Sobre isso observa com lucidez Santos citado por Andrade (2001, p.37):

O Sistema Único de Saúde de repente passou a ser controlado pelo INAMPS, que num 'crédito de confiança', resolveu delegar competências 'suas' (?) aos Estados e Municípios, o que é um absurdo jurídico!... Não podemos esquecer que o INAMPS não pode mais ser tido como o organismo nacional de assistência médica. Deve ser definido (pois ele não foi extinto) [...] É de se mencionar, também, que não há mais como alocar recursos para serviços de assistência à saúde no orçamento do INAMPS, uma vez que não lhe cabe mais prestar serviços [...] A União, os Estados, O Distrito Federal e os Municípios têm a sua competência determinada pela Constituição da República. Portanto, estão em pé de igualdade entre si, porque nenhuma destas esferas recebe sua competência da outra, mas da Constituição. Conseqüência disso: a) a descentralização estabelecida pela Constituição da República é essencialmente política, ou político-administrativa; b) sendo política, deve-se concretizar sem nenhum entrave, requisito ou pressuposto administrativo; c) o convênio é instrumento de descentralização administrativa; d) logo, a efetivação da descentralização política não pode depender de convênio, que é instrumento administrativo de atuação; e) não se opera a descentralização por convênio, uma vez que a descentralização é política nascida da Constituição da República; f) a Lei

Orgânica da Saúde é o instrumento nacional garantidor da unidade conceitual e operativa do sistema.

Dessa maneira cabe relativizar a presença dos Convênios como instrumentos componentes da estrutura legal do SUS durante a vigência da NOB 01/91. Atualmente, como veremos adiante os convênios são formulados para o financiamento de projetos e programas específicos na área de saúde, como os de qualidade do sangue, para garantia de qualidade e auto-suficiência de sangue, componentes e derivados sanguíneos com a implantação de unidades de hematologia e hemoterapia, o programa de saúde mental para atenção extra-hospitalar ao portador de transtorno mental, programa de valorização do idoso, mantidos pelo Ministério da Saúde e outros às expensas da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, como os sistemas de abastecimento de água, serviços de drenagem para o controle da malária, unidades de zoonoses e fatores biológicos de risco etc.

Sucedeu a NOB 01/91 a NOB 01/92 e NOB 01/93. Quanto à primeira cabe destacar que ela avançou na seara do financiamento ao alocar os recursos do INAMPS para o Fundo Nacional de Saúde, superando assim a crítica de centralismo e a aura de inconstitucionalidade do controle estabelecido pela Norma Operacional anterior, tal como exposto acima. A NOB 01/92 acena com um mecanismo bastante peculiar de incentivo e estímulo à descentralização que são os FEM e FEGE (Fator de Estímulo à Municipalização e fator de Estímulo à Gestão Estadual, respectivamente), bem como o Pró-Saúde o qual buscava a realização da gestão de referência regionalizada referida na LOS, art. 7º, IX, "b". Tal Norma, contudo, não conseguiu tornar efetivas tais previsões, mas ampliou o número de municípios credenciados para gestão municipalizada da saúde para 1.074, mais que o triplo do obtido em 1991 (321).

A NOB 01/93, criada pela Portaria 545, de 20 de maio de 1993, é sob muitos aspectos divisora de águas no plano do desenvolvimento da política sanitária brasileira desde a CF/88. Primordialmente por ter sido concebida em um amplo debate nascido na IX Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, de 9 a 14 de agosto de 1992. Nesse momento, as avaliações dos gestores e secretários de saúde, assim como técnicos dos Estados e Municípios já permitia antever, diante da mudança de administração no Ministério da Saúde, a verticalização do processo de municipalização.

Em 24 de maio de 1993 é publicado o documento A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei, uma exposição de motivos que compõe a NOB 01/93, a qual nos referiremos com mais acuro adiante. Importa notar agora que a NOB 01/93 perfilou situações transacionais para o processo de municipalização plena da gestão, estabelecendo três situações distintas: a transacional incipiente, parcial e semiplena.

A NOB 01/93 também acentuou a importância da implantação de uma política de formação de recursos humanos na área de saúde, o efetivo funcionamento dos Conselhos de Saúde e Conferência de Saúde criados pela Lei nº 8.142/90, e a implantação das Comissões Intergestores tripartite (federal) e bipartite (estadual), o aporte de recursos para o Fundo Nacional de Saúde pelas três esferas de governo.

Cabe observar que a NOB 01/93 resulta de um processo de convicção de que os objetivos já desenhados pela Constituição, Lei Federal nº 8.080/90 e nº 8.142/90 estavam corretos e provocariam as mudanças desejadas para uma situação ideal de "política sanitária cidadã" para o Brasil. Mister recordar, contudo, que apenas em novembro de 1994 com o decreto 1.232, de 30 de agosto daquele ano foi regulamentada e viabilizada operacionalmente a transferência automática e direta de recursos para os municípios em gestão semiplena.

Por maior que tenha sido o avanço técnico proposto pela NOB 01/93, noticia Andrade (2001, p.58):

Pode-se constatar que, dos 4.976 municípios brasileiros, apenas 3.127 (62,84%) estavam enquadrados em algum tipo de gestão. Ressalte-se que, destes, 2.367 (47,56%) achavam-se em gestão incipiente², 616 (12,38%) na parcial³ e somente 144 (2,89%) em gestão semiplena⁴. Isto demonstra que,

² Na gestão incipiente, os municípios assumem imediatamente ou gradativamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, a responsabilidade sobre a contratação e cadastramento dos prestadores; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilâncias epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e assistência e reabilitação ao acidentado ou portador de deficiência ocasionada pelo trabalho.

³ Para assumir a condição de gestão parcial, o município deve se responsabilizar por todas as ações previstas na gestão incipiente. A mudança está no repasse de recursos, passando a receber mensalmente recursos financeiros correspondente à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município.

⁴ Na condição de gestão semiplena, o Município assume a total responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços públicos e privados e o gerenciamento de toda rede pública existente no município, à exceção das unidades hospitalares de referência que estejam sob o controle estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilâncias epidemiológica e sanitárias e saúde do trabalhador em seu território.

mesmo com a NOB 01/93, a grande maioria dos municípios brasileiros, 97,7%, encontravam-se na condição de prestadores de serviço de saúde. Outras limitações que podem ser percebidas na NOB 01/93 seriam a ausência de definições acerca da vigilância sanitária, epidemiológica e de endemias como também quanto ao estímulo para inversão do modelo de atenção.

A NOB 01/96 editada pela Portaria MS 2.203, publicada no DOU a 6 de novembro de 1996 por sua vez amplia em consonância com a LOS a atuação da política de saúde em três áreas, quais sejam a assistência, as intervenções ambientais e as políticas externas ao setor saúde:

A atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber:

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e

c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Lembra Andrade (2001, p.61) que essa norma irá fazer expressamente a diferença entre a gerência e a gestão do sistema de saúde. É a própria NOB que com perspicácia pontifica:

Assim, nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais.

A NOB 01/96 vai definir com maior clareza o papel dos gestores nas três esferas de governo, pela primeira vez quanto à União, ademais. Demonstra, como visto acima, uma preocupação legítima com a necessidade de integrar as ações de maneira a evitar o enfraquecimento global do SUS na assimetria dos municípios brasileiros, com a manutenção do papel das Comissões bipartite e tripartite e os Conselhos de Saúde como órgãos de programação e pactuação entre os gestores.

Deve-se assinalar a criação da proposta do cartão SUS municipal que permitiria a identificação simultânea do cidadão com seu sistema municipal de saúde e o sistema nacional e o incentivo ao modelo de agentes comunitários de saúde no combate aos riscos epidemiológicos. A NOB 01/96 vai instituir o Piso Assistencial Básico – PAB que garantirá o repasse automático para ações básicas em saúde.

Serão definidos pela NOB 01/96 os denominados tetos financeiros, quais sejam o teto financeiro global (TFG), o teto financeiro da assistência (TFA), o teto financeiro global do Estado (TFGE), o teto financeiro de vigilância sanitária (TFVS), o teto financeiro de epidemiologia e controle de doenças (TFECD), o teto financeiro global do município (TFGM), o teto financeiro da assistência ao município (TFAM) e o teto financeiro de assistência ao Estado (TFAE), o que permitiu maior transparência e controle gerencial das transferências e repasses automáticos.

Para os municípios que adotem os programas de saúde da família e agentes comunitários ficaram garantidos acréscimos percentuais ao montante do PAB, o que revela a clara intenção do Ministério da Saúde em minimizar os obstáculos ao estabelecimento do paradigma ético-participativo na gestão sanitária em substituição ao modelo assistencial-curativo.

A NOB 01/96 propôs dois modelos de gestão aos quais habilitaram-se 99% dos municípios brasileiros conforme notícia do Ministério da Saúde (BRASIL, 1990). São eles a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Sendo norma atualmente em vigor permite-se transcrever a disciplina para cada modelo quanto às responsabilidades e prerrogativas em que importa cada qual, e os critérios para habilitação:

Em relação à Gestão Plena da Atenção Básica:

Responsabilidades:

a) Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e

hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual.

b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.

c) Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.

d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.

e) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.

f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.

g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.

h) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.

i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

j) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente.

k) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.

l) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.

m) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

Requisitos:

a) Comprovar o funcionamento do CMS.

b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.

c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.

d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.

e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.

f) Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

g) Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.

h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.

j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

Prerrogativas:

a) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).

b) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).

c) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

d) Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

Quanto a Gestão Plena do Sistema Municipal:

Responsabilidades:

a) Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.

b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.

c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.

d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.

e) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.

f) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal.

g) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM.

h) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.

i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.

j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.

l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.

m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

Requisitos:

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus munícipes.
- e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
- f) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.
- g) Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
- h) Apresentar o Plano Municipal de Saúde (2001-2004), aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.
- i) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- j) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.
- k) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.
- l) Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.
- m) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

n) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

Prerrogativas:

a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).

b) Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.

c) Transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).

d) Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.

e) Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

f) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

Para a regulamentação da NOB 01/96 o Ministério da Saúde editou a Instrução Normativa nº 01/98 de 02 de janeiro de 1998 que regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96.

Nessa diapasão, tomando-se por base que a NOB 01/96 foi bem sucedida na expansão da municipalização da gestão, já que cerca de 99% dos municípios brasileiros já eram participantes de alguma das formas de gestão estabelecidas, mas que ainda restava a regionalização e hierarquização preconizada pela Lei Federal nº 8.080/90. Assim sendo, postulou-se na NOAS-SUS 01/2001 a elaboração por parte dos Estados-membros e Distrito Federal do Plano Diretor de Regionalização que em harmonia com o plano estadual de saúde deve assegurar o mais amplo acesso possível do cidadão às atividades de proteção à saúde em qualquer nível de complexidade.

São os PDRs os documentos que devem prever e estabelecer as regiões ou microrregiões de saúde que serão divididas pelo critério de melhor atendimento administrativo a situações comuns a diversos municípios e estados-membros; os módulos assistenciais, que são unidades com poder de resolução no plano básico de assistência abrangendo um ou mais municípios, que nesse caso deverá eleger uma sede e as unidades territoriais de qualificação na assistência à saúde, nas Unidades da federação em que o modelo de regionalização não permitir microrregiões de saúde.

A estratégia de descentralização induzida pela NOB 96 vem conseguindo fortalecer institucionalmente aumentar as condições de oferta dos sistemas de saúde para os municípios habilitados em gestão plena.

Contudo, permanece a questão da equidade, sobretudo das condições impostas pelo contexto de restrição fiscal (municípios com piores condições de oferta dispõem de menos recursos fiscais) e a pesada herança de desigualdades econômicas e sociais do País.

O próximo capítulo será uma análise da participação da sociedade civil no Plano Municipal de Saúde, no período de 2001 a 2004, considerando os dilemas e desafios, vivenciados no seu desenvolvimento.

CAPÍTULO III

A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (2001 – 2004): DILEMAS E DESAFIOS

A Municipalização da Saúde suscita e embasa na atualidade, diversas discussões a respeito da transformação dos serviços de saúde do ponto de vista político-gerencial. Apesar de ser um processo iniciado por volta da década de 90, a sociedade vem progressivamente se organizando a fim de alcançar melhorias nos serviços que lhe são prestados.

O município deve ser um espaço com capacidade social de perceber os problemas locais e tentar resolvê-los através de autonomia, tanto administrativa, quanto financeira. Por tal motivo, ver-se o município como um espaço ideal para a prática da cidadania, doravante denominado de espaço civis.

O desafio proposto é realizar a análise não só dos impactos de práticas participativas que apontam, a partir da manifestação do coletivo, para uma nova qualidade de cidadania que institui o cidadão como criador de direitos para abrir novos espaços de participação sociopolítica, mas também dos aspectos que configuram as barreiras que precisam ser superadas para multiplicar iniciativas de gestão capazes de articular eficazmente a complexidade com a democracia.

Observa-se que a análise das práticas participativas traz à tona, na maior parte das vezes, uma leitura que oscila, de um lado, entre a apologia e o voluntarismo e, do outro, entre a indiferença e a subestimação, pouco contribuindo para a problematização dos complexos e diversificados processos em curso.

Existe, portanto, uma crescente necessidade de entender as ambigüidades dos processos sociais e os arranjos possíveis, mas principalmente os limites, tendo como referência uma análise qualitativa das práticas sociais e das atitudes dos diversos atores envolvidos, tanto nas experiências que inovam na gestão da coisa pública, como nas que mantêm inalteradas as práticas tradicionalmente desenvolvidas.

Percebe-se que a municipalização só pode ser encarada como processo descentralizador da seguinte forma:

- a) sempre que os poderes locais sejam fortalecidos;

- b) sempre que os poderes locais aprofundem a prática da “gestão descentralizada e participativa no Sistema Único de Saúde (SUS); e
- c) sempre que os poderes locais exerçam o controle social sobre a oferta de serviços de saúde. (FINKELMAN, 2002)

Desde o início da década de 1990 e até hoje a participação nas suas diversas dimensões vem sendo amparada e institucionalizada na América Latina dentro dos marcos das democracias representativas. A participação popular se transforma no referencial de ampliação das possibilidades de acesso dos setores populares dentro de uma perspectiva de desenvolvimento da sociedade civil e de fortalecimento dos mecanismos democráticos, mas também de garantia da execução eficiente de programas de compensação social no contexto das políticas de ajuste estrutural e de liberalização da economia e de privatização do patrimônio do Estado. Entretanto, o que se observa é que, no geral, as propostas participativas ainda permanecem mais no plano da retórica do que na prática.

São poucas as experiências de gestão municipal que assumem uma radicalidade democrática na gestão da coisa pública, assim como ampliam concretamente o potencial participativo.

A análise dos processos existentes está permeada pelos condicionantes da cultura política, tanto do Brasil como dos demais países da América Latina, marcados por tradições estatistas, centralizadoras, patrimonialistas e, portanto, por padrões de relação clientelistas, meritocráticos e de interesses criados entre Sociedade e Estado. Entretanto, estes condicionantes não têm sido necessariamente um fator impeditivo para a emergência de uma diversidade de formas de participação dos setores populares, em que, com frequência, muitas se situam no escopo das práticas no contexto das tradições anteriormente descritas, enquanto outras as contradizem abertamente.

Ao identificar a participação cidadã como uma forma diferenciada da democracia representativa - a que passa pelos partidos políticos, eleições e integração formal dos governos -, pensou-se o tema a partir da sua dimensão cotidiana e do seu impacto societário. Entende-se que a participação pode assumir duas faces: uma que coloca a sociedade em contato com o Estado; e outra que a reconcentra em si mesma, buscando seu fortalecimento e desenvolvimento autônomo. O que está efetivamente em pauta é o alcance da democratização do aparelho estatal, notadamente quanto à sua publicização. Dito em outros termos,

trata-se de pensar sobre a participação da população e a sua relação com o fortalecimento de práticas políticas e de constituição de direitos que transcendem os processos eleitorais e seus freqüentemente ambíguos e/ou contraditórios reflexos sobre a cidadania.

Esta reflexão também se apóia nos conceitos formulados por Arato e Cohen (1994), e Avritzer (1993), que tomam como ponto de partida analítico a revitalização da sociedade civil. Referem-se as teorias contemporâneas da sociedade civil, que enfatizam a idéia de organização da sociedade como autodefesa (ARATO; COHEN, 1994) e as possibilidades e limites dos projetos de ampliação da democracia, tomando como base processos de democratização em diversos contextos (notadamente na Europa do Leste e na América Latina) onde atores sociais e políticos identificam a sua ação como parte da reação da sociedade civil ao Estado.

O tema dos direitos e da cidadania assume dimensão relevante no contexto deste referencial analítico, na medida em que permite aprofundar o significado do impacto e das transformações ocorridas na relação entre sociedade civil e Estado desde meados da década de 1980.

A esfera pública é apontada por Habermas (1984) como ponto de encontro e local de disputa entre os princípios divergentes de organização da sociabilidade; e os movimentos sociais se constituiriam nos atores que reagem à reificação e burocratização dos domínios de ação estruturados comunicativamente, defendendo a restauração das formas de solidariedade postas em risco pela racionalização sistêmica.

Arato e Cohen (1994) definem a sociedade política e econômica como um instrumento ofensivo da sociedade civil contra sua própria colonização pelo sistema. Para Avritzer (1993), a inclusão dos movimentos democratizantes estruturados interativamente no interior do marco teórico habermasiano e a possibilidade de sua extensão aos países do Leste e da América Latina permitem entender os movimentos democráticos nestes países como reação aos processos de fusão entre Estado e mercado e Estado e sociedade.

A possibilidade de alterar a institucionalidade pública está associada às demandas que se estruturam na sociedade. Já a esfera pública representa a construção da viabilidade ao exercício da influência da sociedade nas decisões públicas assim como coloca uma demanda de publicização no Estado. O que está

em jogo é a necessidade de atualização dos princípios ético-políticos da democracia, onde o fortalecimento do tecido associativo potencializa o fortalecimento da democracia no resto das esferas da vida social.

Para Putnam (1994), as práticas sociais que constroem cidadania representam a possibilidade de se constituir num espaço privilegiado para cultivar a responsabilidade pessoal, a obrigação mútua e a cooperação voluntária. As práticas sociais que lhe são inerentes relacionam-se com a solidariedade, e no encontro entre direitos e deveres.

A ampliação da esfera pública ocasiona uma demanda à sociedade para obtenção de uma maior influência sobre o Estado, tanto como sua limitação, assumindo que a autonomia social supõe transcender as assimetrias na representação social, assim como modificar as relações sociais em favor de uma maior auto-organização social (GRAU, 1998).

3.1. A rearticulação da sociedade civil a partir da década de 1970 e sua relação com o Estado

A redefinição das relações entre Estado e sociedade civil no Brasil, no final dos anos 70, implica a constituição, com muitos percalços, de uma esfera societária autônoma.

Os atores sociais que emergem na sociedade civil após 1970, à revelia do Estado, criaram novos espaços e formas de participação e relacionamento com o poder público. Estes espaços foram construídos, tanto pelos movimentos populares como pelas diversas instituições da sociedade civil que articulam demandas e alianças de resistência popular e lutas pela conquista de direitos civis e sociais.

Os movimentos populares não só tiveram papel relevante no estabelecimento de estruturas democráticas fundamentais propícias à participação popular, mas também exerceram um impacto substancial sobre as formações normativas do eleitorado, e, portanto, sobre a arena política formal. Ao gerarem novos elementos de conhecimento e de cultura, muitos movimentos imprimiram sua marca e orientaram sua ação pela defesa de práticas pautadas pela sua autonomia, pela necessidade de tornar visível a sua capacidade de auto-organizar-se e de desenvolver a democracia direta, transformando as carências do seu entorno de moradia em práticas reivindicatórias.

Os anos 80 trazem uma complexidade crescente nas interações dos movimentos com os órgãos públicos e uma importância maior das assessorias especializadas e das articulações interinstitucionais. A crescente politização da esfera privada permite a construção de novos padrões de valores, configurando freqüentemente uma vinculação ideológica e política entre a necessidade e seus condicionantes estruturais. O processo de envolvimento dos movimentos e a cada vez mais freqüente resposta do poder público face às demandas, somada à participação dos profissionais e articuladores sociais e/ou assessores, possibilitam a acumulação de conhecimento em torno das questões reivindicadas, vinculando-as às pautas institucionalizadas da sociedade e criando condições para a formulação de demandas junto aos órgãos públicos (JACOBI, 2000).

Deve-se destacar também o significado que as transformações do processo político mais amplo provocam na feição do movimento, na medida em que estes passam a ser reconhecidos cada vez mais como interlocutores válidos. Muitos movimentos apontam, a partir da reposição do coletivo, para uma qualidade diferenciada de participação na gestão da coisa pública, na qual a representação não resume todo o esforço de organização, mas configura uma parte de um processo em que a população cria as condições para influenciar a dinâmica de funcionamento de um órgão do Estado (JACOBI, 2000).

Com as mudanças político-institucionais que ocorrem a partir de 1983, os movimentos passam a enfrentar a tensão face à institucionalização, configurada a partir da sua desconfiança face à participação política institucional.

A partir de 1983, aumenta a participação dos estados e municípios nos fundos federais, o que tem resultado, entretanto, num conjunto fragmentado e inorgânico de programas e projetos governamentais que configuram um padrão altamente diferenciado e heterogêneo na implementação da descentralização, oscilando entre iniciativas que inovam na lógica da gestão com participação e as que mantêm as fórmulas tradicionais de clientelismo e patrimonialismo. Nessa direção, um dos aspectos mais complexos e questionáveis está relacionado com uma postura institucional de estimular a participação como um fator de substituição de serviços de saúde, buscando envolver cada vez mais, e de forma direta, os cidadãos na produção e/ou gerenciamento dos serviços públicos.

Entretanto a sua crescente importância no processo político se reflete com a eleição de prefeitos progressistas, na medida em que os movimentos não só

exercem pressão sobre a arena política, mas ampliam seu espaço de inserção e conseguem também influenciar, às vezes, a agenda de gestões progressistas. Isto se verifica pela expansão do seu potencial participativo em conselhos de gestão tripartite, comissões de planejamento e outras formas específicas de representação.

Deve ser registrada a multiplicidade de dinâmicas participativas nas estruturas de conselhos e colegiados criados a partir da Constituição de 1988. O fato diferenciador destas transformações é, segundo Melucci (1994), o fortalecimento de novas instituições, as mudanças no relacionamento do quadro de pessoal com os usuários e a nova mentalidade sobre a gestão da coisa pública, como aspectos constitutivos de uma nova cultura política. Nos anos 90, além das práticas participativas inovadoras que se institucionalizam cada vez mais, surgem novos movimentos baseados em ações solidárias alternativas centradas em questões éticas ou de revalorização da vida humana, como é o caso da Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida (JACOBI, 2000).

No Brasil, a reflexão sobre a cidadania se centra nos obstáculos à sua extensão, decorrentes da cultura política tradicional, e das perspectivas da sua transformação. A nova dimensão da cidadania inclui, de um lado, a constituição de cidadãos no papel de sujeitos sociais ativos, e, de outro lado, para a sociedade como um todo, um aprendizado de convivência com esses cidadãos emergentes que recusam permanecer nos lugares que lhes foram definidos social e culturalmente.

Em suma, a inserção do Brasil ao reordenamento globalizante e neoliberal acarretou sucessivas reduções nos investimentos com as políticas sociais – educação, saúde, habitação, assistência social, universidades públicas – que mergulham em estado de penúria.

O desemprego se torna um fenômeno gigantesco e estrutural. Estes processos estão marcados por forte concentração de renda, tanto em nível mundial como local, ao mesmo tempo em que se intensificam as diferenças e contradições na sociedade.

No contexto da transição pós-democrática no Brasil e pelas pressões de uma sociedade civil mais ativa e mais organizada, foram sendo criados novos espaços públicos de interação, mas principalmente de negociação. Nesse contexto a participação cidadina emerge, principalmente como referencial de rupturas e tensões, e as práticas participativas associadas a uma mudança qualitativa da gestão assumem visibilidade pública e repercutem na sociedade.

As transformações na dinâmica de gestão e o fortalecimento de práticas que tornam legítima a participação cidadã estão, direta ou indiretamente, associadas à necessidade de imprimir também maior eficiência à ação governamental.

As transformações político-institucionais e a ampliação de canais de representatividade dos setores organizados para atuarem junto aos órgãos públicos, como conquista dos movimentos organizados da sociedade civil, mostram a potencialidade de construção de sujeitos sociais identificados por objetivos comuns na transformação da gestão da coisa pública, associada à construção de uma nova institucionalidade.

A formulação mais recorrente está estruturada em torno do aprofundamento do processo democrático, e do seu impacto na ampliação da capacidade de influência sobre os diversos processos decisórios em todos os níveis da atividade social e das instituições sociais. A participação social se enquadra no processo de redefinição entre o público e o privado, dentro da perspectiva de compartilhar o poder com os sujeitos sociais que geralmente não têm acesso. De um lado, a participação é identificada com os argumentos da democratização que têm como referência o fortalecimento dos espaços de socialização, de descentralização do poder e de crescente autonomização das decisões, portanto, enfatizando a importância de um papel mais autônomo dos sujeitos sociais. O outro enfoque aborda a participação, a partir da criação de espaços e formas de articulação do Estado com os sujeitos sociais, configurando um instrumento de socialização da política, reforçando o seu papel como meio para realizar interesses e direitos sociais que demandam uma atuação pública. (BRAVO; PEREIRA, 2002)

A concepção conciliar⁵ passa a ter uma presença crescente no Brasil a partir da legitimação do papel inovador dos diversos tipos de conselhos, como facilitadores da presença da sociedade civil na gestão pública. A institucionalização da participação ampliada ou neocorporativa ocorre através da inclusão de organizações comunitárias e movimentos populares nos conselhos populares e fóruns, dentre os principais. Isto abre uma arena institucional para a inclusão de grupos sociais, onde todos os setores interessados numa determinada política pública possam discutir os seus objetivos num fórum com regras claras e

⁵ É a que marca presença no Brasil, com relativa legitimação do papel inovador de tais organismos, tidos como reais facilitadores da presença da sociedade civil na gestão pública. (GOULAR, 2006)

transparentes, podendo representar também um avanço na promoção do exercício efetivo de uma cidadania ativa.

O conceito de cidadania é associado à idéia do ser cidadão, aquele que tem participação na sociedade, participação na produção, o acesso igualitário do atendimento aos serviços sociais básicos como educação, saúde, segurança, etc. “Cidadão é aquele que, mesmo diferente do ponto de vista cultural, físico, religioso ou de habilidades profissionais, tem participação na produção, e em todos os serviços básicos” (BONETI, 1997, p. 203). A cidadania pode ser vista no plano das ausências ou carências ou ativa, como cidadania não passiva e no plano da plenitude. Cidadania que concebe o cidadão como alguém dentro da sociedade, em pleno gozo de sua autonomia, com capacidade de intervir, enfim, um ator que usa seus recursos econômicos, sociais, políticos e culturais para atuar no espaço público. Esse é o cidadão que a sociedade deverá formar e que por sua vez atuará na sociedade num processo dialético de construção, e que dele ninguém fique fora, pois fora não há cidadania, ou melhor dizendo, fica comprometida a cidadania e o excluído socialmente falando.

Segundo Carvalho (2006), o processo democrático é dinâmico e supõe a possibilidade, sempre em aberto, de criação de novos direitos e novos espaços para sua reivindicação e seu exercício, em países que já têm, consolidados, direitos, liberdades e práticas de cidadania ativa.

O arranjo institucional participativo ampliado se consolida na medida em que viabiliza a capacidade dos grupos de interesse de influenciar, direta ou indiretamente, a formulação e gestão de políticas públicas. A ampliação da oferta cidadina no processo assume um caráter diferenciador, não só quanto à legitimidade, mas principalmente quanto à garantia de governabilidade e de democratização da gestão dos bens públicos.

As práticas participativas representam uma efetiva possibilidade de ampliação do espaço do público. A consolidação de propostas participativas representa a potencialização e a ampliação de práticas comunitárias, através do estabelecimento e ativação de um conjunto de mecanismos institucionais que reconheçam direitos efetivamente exercitáveis e estimulem estratégias de envolvimento e co-responsabilização.

No entanto, apesar dos avanços, ainda existem interesses públicos nos serviços da saúde, em nome de supostos "interesses públicos" mantêm-se

estruturas e gestões estatais verticalizadas e autoritárias, que servem para garantir interesses corporativos, para a privatização de recursos orçamentários e para a concessão de benefícios políticos restritos a determinados grupos e indivíduos. Nesse sentido, um dos maiores desafios de uma proposta participativa ampliada é o de garantir a definição de critérios de representação, de forma a impedir tanto a sua manipulação por grupos guiados por interesses particularizados, como a possibilidade da sua instrumentalização pela administração pública.

A institucionalização da participação é permeada de dificuldades decorrentes da heterogeneidade dos grupos comunitários e associativos, o que torna complexos os problemas de representação, criando tensões quanto aos critérios de escolha, acirrando a concorrência e trazendo à tona a pressão dos grupos organizados no sentido de reforço das práticas neocorporativas. Isso provoca, freqüentemente, um esvaziamento destes mecanismos de decisão coletiva.

3.2. O Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: a participação efetiva

O Hospital Distrital Gonzaga Mota localizado no bairro da Barra do Ceará, está inserido na Secretaria Executiva Regional I (SER I), no município de Fortaleza-Ceará, tem uma população de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2001) de 79.039 indivíduos, distribuídos em quinze bairros.

Sabe-se que a população de Fortaleza, estimada em 2001, é de 2.188.043 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estudos recentes sobre pobreza metropolitana revelam que Fortaleza é considerada uma das Capitais mais pobres do país, é campeã absoluta em concentração de renda, vivendo um verdadeiro “apartheid” social. (ABRANCHES, 1985)

Nesse sentido, a lógica da “apartação social” eclode na sociedade ao despir a maioria da população dos seus direitos de cidadão e de não poder tê-los. E, portanto, despida da condição de cidadã, essa população é passiva à eliminação, à extinção.

Assim, parcelas das populações que vivem no patamar inferior dos circuitos econômicos são jogadas para fora do sistema. São excluídas do processo de geração de riquezas e de distribuição de seus frutos. Sobrevivem, mas valendo-

se apenas de um acesso precário a mecanismos públicos, que são sempre escassos e Incapazes de atender às necessidades básicas do grupo familiar em situação de risco.

Para se vislumbrar a complexidade das desigualdades sociais na cidade, basta observar a distribuição sócio-espacial de Fortaleza. Aproximadamente 2/3 dos seus habitantes situam-se na zona oeste da cidade, nos bairros periféricos e favelas, excluídos não só do acesso a bens e serviços, mas também do usufruto da cidade. O terço remanescente, ao contrário, vive na zona leste, área melhor aquinhoadada de infra-estrutura, equipamentos e serviços públicos.

Nessa perspectiva, a Prefeitura Municipal de Fortaleza, instituiu a Lei nº 8.000, de 25 de janeiro de 1997, que tratou da reforma administrativa institucional, iniciando uma mudança na gestão municipal visando melhorar as condições de vida, especialmente da parcela mais vulnerabilizada da população.

Os serviços que atendem diretamente a população foram organizados em seis Secretarias Executivas Regionais (SER) encarregadas de executar e agilizar esses serviços, ou seja, chegar mais próximo ao cidadão, seguindo as prioridades estabelecidas nos planos municipais de políticas públicas.

As propostas desenhadas na reforma administrativa e delineadas nas diversas políticas públicas, por meio dos planos municipais, tentam constituir uma resposta ao complexo quadro urbano que hoje se apresenta no município de Fortaleza. O cenário é profundamente precário e exige uma eficiente e urgente atuação do governo municipal. (CARVALHO, 1998)

Neste contexto, a proposta da política de saúde formalizada no Plano Municipal de Saúde para o município de Fortaleza, estabelece como função garantir à população o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde com qualidade, e que provoque ações de impacto na expectativa de vida do cidadão, devendo ampliar sua capacidade de planejamento com vista a redefinir e adequar os recursos suficientes às necessidades da população.

Neste sentido, as políticas públicas são consideradas decisões do Estado, resultante do esforço de buscar soluções dos problemas enfrentados pelas pessoas em comunidade. Com efeito, pode-se afirmar que um setor ou uma população, constitui-se a partir de uma questão que se torna socialmente problematizada. A partir de um problema que passa a ser discutido, exigindo a atuação do Estado.

Instituída pela Constituição de 1988, tendo como princípios a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, hierarquização, equidade, descentralização e participação popular, a reforma sanitária encontra-se num momento de fortalecimento, proporcionado com a implementação da Norma Operacional Básica - NOB, SUS 01/96, de 05 de novembro de 1996.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde no período de 2001 a 2004, em consonância com a NOAS-SUS/2001, Portaria 548 de 12 de abril de 2001, que orienta a elaboração e aplicação dos instrumentos de gestão do SUS, tinha como proposta realizar um trabalho articulado e participativo de representantes técnicos de diferentes setores ativos em articulação com o Conselho Municipal de Saúde, adotando como princípio fundamental, o enfoque epidemiológico, no controle e na redução dos principais agravos à saúde da população. Apresenta-se, então os eixos de intervenção preconizadas pelo Ministério da Saúde:

- redução da mortalidade materna e infantil;
- melhoria da gestão do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde;
- reorientação do modelo assistencial e descentralização;
- desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde; e
- qualificação do controle social.

Fortaleza sempre ocupou uma posição de vanguarda, tendo sido a primeira capital do país a descentralizar o sistema de saúde, através da criação dos Distritos Sanitários, com base territorial definida, priorizando o enfoque epidemiológico como eixo orientador da assistência prestada à população.

Portanto, alguns avanços têm sido obtidos no setor de saúde no município de Fortaleza, visto que foram cumpridos todos os estágios de habilitação nas NOB – SUS/93, NOB – SUS/96, encontrando-se atualmente na gestão plena do sistema municipal de saúde.

Conforme Barroso (2003), uma nova abordagem de gestão requer a devida atenção, e, para isso, é necessário ter opinião formada sobre o que é eticamente favorável à atualização do potencial humano e de como agir sobre o meio, a fim de que se possa atingir a promoção da saúde.

Atualmente diversas experiências, e notadamente a de Fortaleza, reforça uma concepção de democracia que articula representação política e participação direta como resposta possível à privatização prevalecente na gestão da coisa pública. O discurso predominante acentua a importância da convergência de

práticas, da socialização da política, do caráter oscilante da participação, da importância da institucionalidade, da convivência com o sistema representativo existente e da necessidade de governar para toda a cidade. (CARVALHO, 2006)

A análise de planos municipais mostra que o desafio para se garantir a eficácia e continuidade de políticas públicas de caráter progressista é o reforço dos meios para envolver a população e manter o seu interesse, e para dimensionar adequadamente os arranjos institucionais.

A sua descontinuidade reforça o argumento de que gestão democrática e participação popular requerem uma forma combinada de fortalecimento das formas de organização da sociedade civil, uma mudança na correlação de forças, uma transformação qualitativa dos padrões de gestão, enfim um processo real de democratização do Estado e da sua gestão.

Esta transformação requer o que Arato e Cohen (1994) definem como a existência de uma sociedade civil organizada, diferenciada e adequadamente defendida, capaz de influenciar o Estado e em condições de garantir a manutenção de direitos essenciais e de monitorar e influenciar os processos que se regulam pela lógica sistêmica, como citada anteriormente.

O complexo processo de construção da cidadania no Brasil num contexto de agudização das desigualdades é perpassado por um conjunto de questões que necessariamente implicam a superação das bases constitutivas das formas de dominação e de uma cultura política baseada na tutela, no clientelismo e no patrimonialismo político.

A constituição de cidadãos, como sujeitos sociais ativos, se consubstancia a partir da transformação das práticas sociais existentes e na sua substituição pela construção de novas formas de relação, que têm na participação um componente essencial. O enfrentamento do patrimonialismo político é uma tarefa complexa e demorada em virtude do enraizamento das práticas de instrumentalização. O desafio que se coloca é o de construir novos hábitos, de neutralizar o clientelismo e de aproximar o cidadão do processo decisório.

Ao longo do processo decisório todos devem ter oportunidades adequadas e igualdade de oportunidades para expressar sua preferência em relação ao resultado final em obediência ao critério de participação efetiva.

Segundo Bravo e Pereira (2002, p.105):

Participação efetiva não é, entretanto, um critério simples. Implica igualdade de oportunidade para introduzir questões na agenda e para expressar as razões de apoio a um resultado e não a outro. A impossibilidade de garantir oportunidades adequadas à participação efetiva, por exemplo, informação desigual sobre as alternativas disponíveis e seus resultados, contraria o critério de igualdade política.

A efetiva participação da população nos processos decisórios, como é o caso do Orçamento Participativo⁶, que vem se constituindo como um mecanismo ampliado de engajamento da sociedade na gestão das políticas públicas, requer um esforço crescente de institucionalização da possibilidade de atendimento das demandas em bases negociadas. Trata-se de processar demandas e pressões e de implementar mecanismos formais que contemplem tanto os setores organizados e mobilizados, estimulando sua adequação à institucionalidade a partir do respeito à autonomia e à auto-organização, como de envolvimento dos setores desorganizados.

Neste contexto, a participação adquire uma linguagem e uma prática de ruptura com o corporativismo territorialmente determinado, com ênfase numa lógica presidida por uma abordagem universal da cidade, criando para os setores populares uma opção viável e altamente competitiva de participação política alternativa às práticas clientelistas.

As transformações político-institucionais abrem um estimulante espaço para a construção de uma nova institucionalidade que tem na participação um componente importante. (JACOBI, 2000)

As dimensões diferenciadas de participação mostram a necessidade de superar ou conviver com certos condicionantes sociopolíticos e culturais, na medida em que o salto qualitativo começa a ocorrer a partir de diferentes engenharias institucionais, reforçando a importância de pensar a participação como um método de governo, o que pressupõe a realização de certas condições necessárias à sua viabilização no nível do possível, dadas as características da cultura política brasileira.

A realidade brasileira é marcada por configurar um contexto de baixa institucionalização, no qual a maioria da população pouco se mobiliza para explicitar

⁶ O orçamento participativo amplia e aprofunda a democracia e desenvolve a cidadania, ao estabelecer melhor controle social sobre o Estado, reduzindo o clientelismo, criando maior co-participação entre governo e comunidade e no processo de seu desenvolvimento, são aprimoradas as regras de discussão deliberação e acompanhamento orçamentário das prioridades pactuadas com o governo.

sua disposição de utilizar os instrumentos da democracia participativa visando romper com o autoritarismo social que prevalece.

Os desafios para ampliar a participação estão intrinsecamente vinculados à predisposição dos governos locais de criar espaços públicos e plurais de articulação e participação, nos quais os conflitos se tornam visíveis e as diferenças se confrontam, como base constitutiva da legitimidade dos diversos interesses em jogo.

A questão se refere ao papel do Estado como agente de controle ou participação, notadamente quanto à criação de um ambiente facilitador - capacidade de mobilizar energias e recursos da sociedade, estimulando diversos tipos de parcerias público/privado - e à garantia de implantação de políticas que privilegiam um estreito relacionamento entre equidade e participação. As possibilidades de reverter de forma significativa o atual quadro estão associadas, de um lado, à necessidade de uma reinvenção solidária e participativa do Estado. De outro, à difícil tarefa das organizações da sociedade civil, num contexto de erosão de direitos, de consolidar práticas que fortaleçam a sua capacidade de interlocução na definição de políticas públicas e na partilha dos recursos provenientes dos fundos públicos.

Sidney (*apud* ABU-EL-HAJ; AQUINO, 2002, p.50) conceitua participação como sendo “[...] um mecanismo de representação, um meio pelo qual as autoridades governamentais são informadas das preferências e necessidades do público e são induzidas a responder a essas preferências e necessidades”.

A alternativa da participação deve ser vista pela ótica dos níveis de concessão dos espaços de poder e, portanto, pela sua maior ou menor ruptura com estruturas tradicionais, patrimonialistas e autoritárias. Isto configura a possibilidade dos cidadãos assumirem um papel relevante no processo de dinamização da sociedade, e vem reforçar o exercício de um controle mais permanente e consistente dos usuários na gestão da coisa pública, sustentado no acesso à informação sobre o funcionamento do governo da cidade a todos os grupos sociais.

A possibilidade de criar as condições para a ruptura com a cultura política dominante e para uma nova proposta de sociabilidade baseada na educação voltada à participação se concretizará principalmente pela presença crescente de uma pluralidade de atores, por meio da ativação do seu potencial de participação.

Esses atores terão cada vez mais condições de intervir consistentemente e sem tutela nos processos decisórios de interesse público, legitimando e

consolidando propostas de gestão baseadas na garantia do acesso à informação, e na consolidação de canais abertos para a participação, que, por sua vez, são precondições básicas para a institucionalização do controle social.

Levando em conta a formação histórica dos municípios que estruturou uma cultura política avessa à participação e auto-organização da sociedade civil, a necessidade da modernização da gestão no nível local deve surgir em grande parte como resposta ao desafio de enfrentar a complexidade maior que os programas de municipalização estão trazendo para os administradores locais.

O conjunto de programas, projetos e formas de gestão em Fortaleza, indicam uma "nova" perspectiva dos problemas e questões sociais da cidade, tomando-se, portanto, uma importante estratégia para o poder local na formulação e implementação de programas de governo do Estado, no período de 2001 a 2004.

Representa, no âmbito de um conjunto amplo de respostas, uma nova fase nas políticas urbanas que foi se esboçando a partir do Estado Novo (1937/1945) e que se consolidou durante o Regime Militar (1964/1985), ainda marcando fortemente a ação do poder público nas cidades brasileiras.

Sem se preocupar em constituir propostas nem processos de debate com a sociedade, as intervenções governamentais urbanas no central-desenvolvimento se caracterizam pelo autoritarismo e centralização da gestão, ausência de participação em qualquer nível – do usuário e da sociedade em geral.

A importância da atenção primária à saúde provém, principalmente, do conteúdo de mudança que traz para os serviços de saúde e naqueles que são atendidos; mudanças nos conhecimentos, atitudes e práticas. É importante neste contexto, a participação da sociedade que, de forma consciente, ativa e responsável, participa do planejamento e assegura o melhor aproveitamento das intervenções.

A participação efetiva da população no processo de consolidação da Políticas Públicas pressupõe o respaldo de informações que sustentem aquilo pelo que se luta. Justamente por isso, a relação entre governo e povo tem-se constituído tão desigual, já que o primeiro dispõe de mecanismos técnicos e recursos financeiros para o levantamento das informações (que serão aproveitadas ou não conforme seus interesses e não do povo) os quais não estão em sua maioria acessíveis à população.

As políticas públicas implicam na participação efetiva, ou seja, de forma atuante da população na elaboração e consolidação das leis, das políticas que

visem a integração e inclusão social de todos, o que obviamente não é o que observa-se. De um lado tem-se o governo e do outro o povo, do qual emanam as necessidades de Políticas Públicas, as quais quando e “se” são elaboradas, visam freqüentemente os interesses da classe hegemônica que controla o poder.

Constata-se, desta forma que na prática pouco se tem feito na introdução de mecanismos institucionais que viabilizem uma participação efetiva e ampla na gestão das políticas públicas. É necessário a sensibilização da população para a participação efetiva nos processos de definição de prioridades e de investimentos para a elaboração e gestão das políticas públicas.

3.3. Depoimentos sobre a estratégia de participação no Plano Municipal de Fortaleza

A Política Nacional de Saúde tem como objetivo principal a saúde dos cidadãos, a ser construída com a participação cidadã, que propicie o desenvolvimento das potencialidades da população e que reforce a ação comunitária, além de demonstrar potencialidades para reorganizar o sistema de atenção na perspectiva de saúde.

Dentre as normas pactuadas nacionalmente, segundo Finkelman (2002), a Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/96, é a mais explícita em relação a um novo modelo de atenção orientado para promover a saúde, apresentando como base para a estruturação, entre outras propostas, a participação da população, não somente nas instâncias formais, mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, dentro dos próprios serviços de atendimento, favorecendo a criação de vínculos entre o serviço e os usuários, e caracterizando uma participação mais criativa e realizadora para as pessoas.

Em consonância com a Política Nacional de Saúde e as NOBs, a elaboração do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza no período de 2001 a 2004, estabeleceu como política de ação, diversas estratégias para a operacionalização das ações, das quais, destacou-se para o presente estudo, a participação da população, quando refere-se ao fortalecimento dos Conselhos de Saúde, que possibilitam a participação da população nas decisões referentes ao espaço onde vive e atua, bem como acesso às informações indispensáveis para garantir a transparência do processo e possibilitar à população o acompanhamento, controle e

avaliação. O Plano Municipal de Saúde é obrigatório perante a legislação, que o exige como requisito do processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas pela NOB-SUS 01/96.

O intuito desta dissertação está relacionado ao posicionamento do cidadão deste instrumento exigido por lei e com o qual a relação é recente. A escolha desta unidade de saúde foi intencional, dado o fácil acesso aos usuários, gestores e profissionais da saúde; e por ser este considerado o *lócus* social inserido num cenário de centralização de atenção a saúde, onde transitam diversos atores. Daí, a necessidade de elaborar um roteiro de entrevista semi-estruturada voltado à população usuária dos serviços prestados neste hospital, como também aos gestores e profissionais da saúde, incluindo um técnico responsável pela elaboração do referido plano e um ex-membro do Conselho Municipal de Saúde do município de Fortaleza, referente à gestão de 2001 a 2004.

Os dados solicitados por meio do discurso dos respondentes traduzem significados relevantes sobre a participação. A listagem dos problemas faz uma combinação entre os que se referem à situação da saúde e os que remetem ao exercício efetivo da cidadania. As informações levantadas possibilitaram a apreensão da visão dos usuários, em relação ao conhecimento do plano em questão, transcritas abaixo:

“Sei não. Será que dá certo isso. A gente num entende mesmo. Pra que ir lá e fazer, se os doutor, que sabe fazer, não consegue, imagine nós. Até que poderia ser bom, mas não sei...”(usuário 1)

“Minha filha, eu nunca ouvi falar, que a gente tivesse vez. Esse negócio de plano, acho que dá em nada. Com plano, sem plano, aqui pra nós que é pobre, fica sempre igual. Não melhora nada, por isso...”(usuário 2)

“Olhe, eu nunca quero saber disso não. O que serve é a gente chega aqui e ser atendido, ter remédio e ter doutor. O resto se tá escrito no papel, eu nem sei se vale.” (usuário 3)

Diante do exposto, percebe-se o desconhecimento e a indiferença expressada pelos mesmos, quanto à importância do Plano Municipal de Saúde; mostrando que para os usuários o que importa na verdade é o atendimento e o recebimento dos medicamentos.

Ao rever a questão acima, percebe-se a opinião dos profissionais de saúde, como os auxiliar administrativo, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais e gestores:

“Eu nem sabia que precisava de um plano. Sempre trabalhei assim, sem seguir nada. Todo dia é a mesma coisa. Acho que isso nem funciona, pois tenho 20 anos de trabalho e não vejo nada de diferente”. (Auxiliar Administrativo 1)

“Não sei nem o que é. Acha que a gente é lembrado para alguma coisa? A gente não tem nem como participar de nada, pois se deixar de trabalhar, quem perde é a gente.” (Auxiliar de Enfermagem 1)

“Ora, se mau a gente tem tempo para fazer o que tem de se fazer mesmo, o que é mesmo esse plano”. (Auxiliar de Enfermagem 2)

“Uma vez fui a Regional para uma reunião e na ocasião falaram do Plano. Mas foi assim, pouca informação. Nesse dia, ficaram de marcar outra reunião e avisar. Eu nunca mais ouvi falar nada. Portanto, não sei nem o que dizer, né?” (Enfermeira 1)

“É interessante a gente ter um Plano. Dá uma certa direção, visto que as vezes à gente se sente meio perdida. Tenho muitos anos de funcionária pública, mas nunca participei e nem tomei conhecimento.” (Enfermeira 2)

“Não conheço. Sou da saúde há muito tempo, e nunca fui chamado para dar nenhuma contribuição. Mesmo assim, eu não teria muito tempo mesmo.” (Médico 1)

“Eu não tenho tempo. Trabalho em três locais diferentes. Vivo correndo. Até mesmo para acompanhar as mudanças fico aflito porque o tempo para estudar e ler fica prejudicado. Acredito que deve ter um plano direcionando as ações, até porque na saúde pública isso é necessário, mas infelizmente não conheço nada sobre o assunto.” (Médico 2)

“Particularmente, em relação a esse plano, eu não conheço, nunca fui chamada se quer para discuti-lo.” (Assistente Social 1)

“Eu particularmente não conheço esse plano da saúde. Mas, como tenho conhecimento de outros planos, em outras áreas da política pública, acho que este deve ter as mesmas diretrizes. Como eu não o conheço e nunca tive acesso a ele, a gente não pode nem emitir um juízo sobre o mesmo.” (Assistente Social 2)

“Sei que existe um plano até porque além da necessidade de você trabalhar obedecendo a um plano isso dá uma direção, e sei que é também uma exigência. Eu não encontrei aqui nenhuma cópia de algum plano, e nem participei de nenhuma discussão a respeito. O que lamento. Mas, o nosso trabalho exige tanto, que a gente acaba caindo na rotina e esquecendo de procurar um apoio.” (gestor 1)

Percebe-se que os profissionais da área não estão interessados em saber a definição e o propósito deste plano, quando não se colocam como atores neste processo. Os profissionais revelam a importância que dão ao seu emprego, deixando de “fora” a influência que este plano tem nas melhorias de seu trabalho e nas políticas públicas.

Com respeito à participação da elaboração do Plano, a maioria das referências feitas pelos atores entrevistados sugerem uma baixa participação,

meramente formal, com justificativas que recaíram principalmente na questão do tempo reduzido para o preparo do Plano, e precária e passiva participação.

Em relação à participação merece destaque o que expressam:

“... foi feito às pressas e justamente esperando assim, vamos mandar este Plano e depois esperar; se tiver alguma coisa de errado, a gente muda depois, como aconteceu. Porque o tempo era muito curto para mandar para o processo de municipalização.” (gestor 1)

“Claro. Não participei, e não conheço nenhum que tenha participado. Acaba que por falta de informação, a gente perde muita coisa e deixa de fazer outras”. (gestor 2)

“Penso, que realmente é preciso mais divulgação. Esse plano, para você ver, eu nunca nem li. É até chato comentar, mas acaba se restringindo só a um grupo de técnicos, e fica por isso mesmo.” (gestor 3)

“Não vou falar sobre isso, porque já passou, e eu nem me lembro como foi nem sei quem participou do conselho. Acho que do conselho na época, deve ter uns dois ou três que participaram do plano.”(ex- conselheiro)

“Eu não acredito nesse negócio da gente participar. Já participei de seus trabalhos, não para esse plano. Mas só vejo é reunião, reunião, conversa e conversa, e nada. Parece que nem leva em conta o que a gente fala. Por isso nem tenho a menor idéia de como foi esse plano, que você falou não”. (Auxiliar Administrativo 1)

“Sei que para elaborar um plano, precisa da presença de técnicos e da comunidade, pois a participação de todos para se fazer um plano participativo, a presença desse público é fundamental, principalmente quando se fala de políticas públicas.” (Assistente Social 1)

“Acho muito importante envolver a comunidade e os diversos trabalhadores da saúde, pelo menos na discussão para elaborar um plano.” (Assistente Social 2)

“Na verdade, acho bom você participar, porque você tá ali no dia-a-dia, mas eu não tenho como dizer mais nada.” (Enfermeira 1)

Estas falas também evidenciam o quanto o Plano Municipal de Saúde pode servir como mero instrumento formal e ritualístico para atender às exigências legais. Percebe-se a falta de conhecimento dos profissionais de saúde que não se interessam participar, demonstrando um esvaziamento da sua dimensão política e cidadã.

Os gestores declararam que reconhecem o Plano como direcionador da gestão. Percebe-se que os gestores têm presente que o Plano é útil para a visualização do projeto como direcionador da gestão.

Considerando em seu conjunto, observa-se que são devidamente ressaltados os motivos inerentes à elaboração de um Plano. Embora alguns dos

motivos apontados possam ter um caráter mais restrito, percebe-se que as declarações dos gestores contêm a noção da necessidade de desenvolvimento do referido processo, pois seu resultado se constituiria em guia para a ação.

Considera-se ainda necessária a opinião de um dos membros da diretoria do Conselho Municipal de Saúde, referente ao período de 2001 a 2004, por entender a relevância da participação nesse contexto. O referido membro foi procurado diversas vezes pela pesquisadora para obter informações sobre o plano, sendo esclarecido para o mesmo o objetivo principal do trabalho. No entanto, apesar de confirmados vários encontros por ambos, o mesmo não cumpriu com o acordo, prejudicando o andamento deste estudo.

Dessa forma, diante das dificuldades estabelecidas no contato com este conselheiro, procurou-se um dos técnicos colaboradores na elaboração do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza, que se prontificou em responder a entrevista:

“O plano foi elaborado para cumprir as exigências legais da descentralização da política de saúde do município, com o objetivo do município assumir a gestão plena de saúde futuramente.

As discussões foram ‘puxadas’ inicialmente pela área de planejamento da Secretaria de Desenvolvimento Social do município e pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde do município.

Devido as circunstâncias não foram cumpridas algumas exigências, como por exemplo, a participação da população e nem tão pouco dos profissionais de saúde nas discussões para elaborar o plano.

O Plano Municipal de Saúde teve como referência a Política Nacional de Saúde, e é claro que levou em conta os resultados das conferências municipais de saúde realizadas em Fortaleza.

O tempo para a elaboração deste documento foi mínimo, considerando que a gente tinha um prazo determinado pelo Ministério da Saúde.

O plano não foi posto em discussão, até pela questão do tempo e da dificuldade em mobilizar as pessoas para participarem. A gente sabe que a participação é muito importante. Mas devido as circunstâncias, as vezes fica difícil né?

As ações propostas no plano a serem desenvolvidas nas secretarias regionais, por meio dos distritos de saúde não correspondiam ao estabelecido no plano, pois o controle pelas regionais tornou-se complicado tendo em vista que estas tinham uma determinada ‘autonomia’ e também dependiam da ‘vontade política’ dos seus dirigentes.

Essas dificuldades impactaram no cruzamento das informações necessárias para monitorar as ações planejadas, pois os dados não eram fielmente comprovados.

Quanto às avaliações parciais estas foram feitas somente em cima destes dados. Muito embora a equipe técnica da secretaria sempre visitasse e cobrasse isso nas regionais.

Na realidade essa forma de controle não pode ser cumprido pela gente integralmente, pois até o mesmo o deslocamento da equipe às regionais muitas vezes foi dificultado por outras razões, retardando assim o acompanhamento das ações estabelecidas.

A avaliação institucional não foi concretizada, até porque como estava em final de gestão a gente sabe como é né? As pessoas vão se desligando e se desinteressando e de repente a gente fica só.

O conselho municipal acho que não pode acompanhar como devia. Era até interessante se pudesse ouvir os membros do conselho, não sei se você vai achar, pois não é mais a mesma diretoria.

Embora o plano municipal não tenha conseguido contemplar todos os seus eixos norteadores, acho que foi um instrumento necessário, importante juntamente com o orçamento, as conferências e o relatório de gestão produzidos, pois assim, foram cumpridas as formalidades exigidas permitindo assim, que em 2002 o município assumisse a gestão plena de saúde.

Nunca houve uma cobrança em relação ao que estava colocado no plano. Por conta disso, o mesmo nunca foi atualizado. Não houve também discussões posteriores, que pudessem enriquecer e alimentar com outros dados o referido plano.

Outro ponto que considero importante é que o mesmo não tornou-se um plano conhecido pelos diversos atores que deviam se envolver como os profissionais da saúde, outros gestores, a população usuária.

A gestão plena engloba a atenção básica, a secundária, a terciária e alta complexidade, o que no município de Fortaleza já se dispõe.

Em 2004, por força de estar chegando o final da gestão municipal foi feito um adendo ao referido plano, onde a questão da alta complexidade foi incorporada.

Queria lembrar que os indicadores sempre foram em cima dos dados fornecidos pelas regionais. Na verdade, as dificuldades foram várias, durante todo este percurso. Até agora o plano ainda está lá, ainda existe, não sei se ainda é seguido, pois é visivelmente necessário uma reavaliação do mesmo, para que se possa planejar novas ações e rever as antigas.

Continuo a dizer que mesmo com essas dificuldades ele teve a sua importância, mesmo sabendo-se que no final de governo ninguém mais se interessava por essas discussões. Sabe como é né?

A gente sabe, e como técnica que eu sei, como é necessário se ter um plano, pois este é condição para que as políticas sejam desenvolvidas e legitimadas. Sei também como é importante a participação das pessoas. Mas isso não é uma tarefa fácil, pelo menos na época não foi..."

A fala da entrevistada reflete uma distância entre o plano, as necessidades e as atividades efetivamente desenvolvidas. Como também evidencia claramente a sensação de externalidade, não expressando um sentimento de pertencimento por parte dos principais envolvidos oficialmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São vários os desafios conceituais e metodológicos presentes num trabalho de natureza qualitativa. Exige-se do pesquisador flexibilidade diante de diversos modelos e métodos a serem utilizados, de modo que possam permitir, lidar com inovações. Considera-se que neste estudo a visão de mundo da pesquisadora não deve ser desprezada, como também o recorte referente ao objeto da pesquisa e do modelo teórico que serviu de referência.

Desta forma, espera-se que esta investigação exposta ao longo do texto tenha contribuído para apresentar abordagens, como a participação cidadã, no contexto das políticas públicas.

Os desafios enfrentados para esta produção permearam todo o processo de construção deste trabalho. Primeiro, o de natureza teórico-conceitual no uso de inúmeros conceitos sobre as categorias participação cidadã, políticas públicas e descentralização, que no entender da autora carece de mais aprofundamento; o segundo desafio refere-se a busca de modelos que possibilitassem a leitura e a análise das propostas desenhadas no Plano Municipal de Saúde.

Entretanto, é necessário reconhecer que a produção do conhecimento revelado neste estudo foi estabelecido a partir da construção entre a teoria e a empiria, e o movimento entre o objeto pesquisado e a práxis da investigadora, que é parte integrante do próprio objeto.

Portanto, os achados e principais conclusões deste estudo remetem a algumas considerações:

- o Plano Municipal de Saúde não apresenta consistência entre os problemas levantados e as ações propostas;
- a apreensão de que os usuários, representantes da população, os profissionais da saúde e os gestores têm objetivos e percepções distintas, em relação a importância da participação é visível, tendo em vista que comumente dão prioridade a aspectos diferentes quando se trata de assuntos ligados à saúde;
- a participação entendida pelos usuários é vista somente como um papel destinado aos profissionais da saúde e aos gestores, numa clara

demonstração de que o modelo proposto de participação efetiva não conseguiu chegar em nível da população usuária;

- há limitado sentimento de participação, tanto por parte dos profissionais, dos gestores e dos usuários provavelmente associado ao não desenvolvimento de atividades em torno das estratégias propostas no referido plano;
- pouco preparo dos gestores e dos profissionais para lidar com questões técnicas principalmente com as práticas participativas;
- os relatórios de gestão têm como finalidade a sistematização e a divulgação de informações sobre os resultados obtidos, funcionando como prestação de contas, uma vez que estabelecem a correlação entre as metas, os resultados e a aplicação dos recursos, no entanto não consegue-se extrair tal informação;
- há um descompasso na formulação das políticas públicas com fins sociais, pois ainda permanecem fragmentadas e parciais, resultando em atitudes emergenciais e evidenciado a sua fragilidade ante as necessidades reais da população, como visto no plano;
- há uma espécie de distanciamento entre o trabalho concreto e as estratégias previstas no plano, expressando uma fragilidade na qualidade do “discurso” oficial.

Os resultados acima citados podem servir de subsídios para rever as dificuldades encontradas na perspectiva de contribuir para a elaboração de planos municipais de saúde posteriores.

Outro ponto evidenciado pela pesquisadora por meio da análise documental e das leituras sobre a descentralização, é visível a facilidade na transferência dos recursos, que passou a ser direto para estados e municípios. Houve também expansão e desconcentração da oferta de serviços, aumento da parte de alguns municípios no financiamento à saúde, criação de instâncias mais democráticas de participação da sociedade na implementação da política de saúde, formação de instâncias intergestoras de gestão entre estados e municípios, expansão da atenção primária à saúde.

Apesar da diversidade e abrangência das propostas em debate e das experiências em processo no país, pode-se considerar que nenhuma delas dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos na construção de um novo modelo de

atenção à saúde, ou melhor, de modelo(s) de atenção à saúde adequados à heterogeneidade estrutural e à diversidade epidemiológica e social da população.

Nesse sentido, são necessários o desencadeamento e fortalecimento de ações políticas e técnico-administrativas no âmbito federal, estadual e municipal, tendo como eixo o fortalecimento do nível municipal e a organização dos sistemas microrregionais de saúde, espaços onde se pode introduzir mudanças gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais que contribuam para a construção de modelos de atenção capazes de dar respostas adequadas aos problemas e necessidades de saúde da população de cada local.

Ressalta-se, ainda, que a construção da cidadania requer o rompimento de atitudes assistencialista caracterizadas pela ajuda paternalista que escamoteia o contexto das desigualdades sociais, e aliena o cidadão como elemento co-participe das políticas públicas de saúde.

O resultado desse processo deve se refletir na concepção de valorização da cidadania, visando a construção de uma nova institucionalidade graças ao fortalecimento da oferta cidadina na gestão da coisa pública; sem esquecer que a participação é um instrumento fundamental nesse processo democrático.

Entretanto, estas experiências que inovam na relação entre Estado e sociedade civil ainda estão longe de representar um paradigma de significativa repercussão no atual quadro brasileiro, principalmente em virtude da falta de vontade política dos governantes e da fragilidade do tecido associativo.

Acredita-se que são ainda necessários a criação de novos espaços de participação política para que se possa avançar no processo social obtendo conquistas e caminhando na construção de um poder democrático em que as políticas sociais sejam prioridades, ultrapassando a lógica formalista e burocrática, que dificulta a participação do cidadão.

Diante de todos esses requisitos, isso não significa que os governos municipais sejam incapazes de gerir suas próprias políticas públicas, embora isso não seja o suficiente para que as discrepâncias regionais e o mau desempenho dos municípios sejam justificados.

Dessa forma, este trabalho aponta alguns avanços importantes na medida em que as tentativas de superação do modelo proposto, embora seja visível a fragilidade exposta no Plano Municipal de Saúde.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, Sérgio H. **Os despossuídos**: crescimento e pobreza no país do milagre. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

ABU-EL-HAJ, Jawdat; AQUINO, Jakson Alves de. **Estado, cidadania e políticas públicas**. Fortaleza: Editora UFC, 2002.

ANDRADE, F.M. Oliveira. **O programa de saúde da família no ceará**: uma análise de sua estrutura e funcionamento. 1998. 150f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza - Ce.

ARATO A.; COHEN J. **Sociedade Civil e Teoria Social**: Sociedade Civil e Democratização. Belo Horizonte: Del Rey, 1994.

BARROSO, Grasiela Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely C.; V ARELA, Zulene Maria de V. **Educação em Saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

Bases Conceituais. Disponível em: <<http://www.cedaps.org.br>>. Acesso em: 18 de julho de 2004.

BONETI, Lindomar Wessler. **Políticas Públicas, Educação e Exclusão Social**: educação, exclusão e cidadania. Ijuí: Unijuí, 1997.

BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.X. **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

BRASIL. Instituto para Desenvolvimento da saúde, Universidade de SP. **Manual de condutas médicas**. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS. **ABC do SUS doutrinas e princípios**. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 de agosto de 2004.

BRASIL. **Promoção da saúde**: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, declaração de Sunsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P.A.P. **Política social e democracia**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

BRUCE, B. Duncan. **Medicina Ambulatorial**: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei Orgânica da Saúde. 3.ed. Campinas: Unicamp, 2002.

CARVALHO, Isabel Cristina de Moura. **Em direção ao mundo da vida**: Interdisciplinariedade e educação ambiental. Brasília: Instituto de Pesquisas Ecológicas, 1998.

CARVALHO, Sandra M.G. **Educação na reforma agrária**: PRONERA, uma política pública?. Fortaleza: UFC, 2006. Tese de Doutorado em Educação Brasileira.

CRESWELL, J. **Qualitative inquiry and research design**: choosing among five traditions. Thousand Oaks: Sage, 1998.

DEMO, P. **Introdução à metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1990.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DESLANDES, S.F & ASSIS, S.G. **Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2002.

GOLDENBERG, Paulete; MARSIGLIA, Regina M.G., GOMES, Mara H. de A. **O clássico e o novo – tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2003.

GOULART, F. **Poder deliberativo, paridade, autonomia dilemas da participação social em saúde no Brasil**. Disponível em: < <http://www.idisa.org.br/site/download/DILEMASDAPARTICIPACAOSOCIAL.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2006.

HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural da Esfera Pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

HEIMANN, L.S. et al. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000.

JACOBI, Pedro. **Políticas sociais e ampliação da cidadania**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. **Fundamentos da metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LALONDE, M. O conceito de "Campo de Saúde": uma perspectiva canadense. In: organização panamericana de saúde. **Promoção de saúde: uma analogia**. Publicação científica; 447. Washington D.C., 1996.

LAURELL, Asa Cristina. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LUZ, M.T. da. **Políticas de descentralização e cidadania:** novas práticas em saúde no Brasil atual. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&infolid=98&tpl=view_participantes>. Acesso em: 23 set. 2006.

MALHOTRA, M. **Pesquisa de marketing:** uma orientação aplicada. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARQUES, M.J. **A figura do professor com contrato temporário:** um estudo de caso no Liceu do Conjunto Ceará. Fortaleza: UFC, 2006. Dissertação de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas.

MARTINS, P.E.M.; PIERANTI, O.P. **Estado e gestão pública:** visões do Brasil contemporâneo. 2.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

MATOS, K.S.L. et al. **Registros de pesquisas na educação.** Fortaleza: UFC, 2002.

MELO FILHO, Júlio de. **O ser e o viver.** Porto Alegre: Artes médicas, 1989.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80:** a construção da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. São Paulo: HUCITEC, 1995.

MENDES, José Ernandi. **Professor municipal:** entre as políticas educacionais e as trajetórias pessoais. Fortaleza: UFC, 2005. Tese de Doutorado em Educação Brasileira.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOLIANI, M.M. **A construção da sociabilidade:** consenso e conflito nas relações de trabalho no hospital. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1999. Dissertação de Mestrado em Sociologia.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

OLIVEIRA, Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa; SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de. **A Saúde no Brasil – trajetórias de uma política assistencial**. 1998. Acesso disponível em: <<http://www.geocities.com/Athens/Styx/4648/>>. Acesso em: 21 de agosto de 2004.

POULANTZAS, Nicos. O Estado, o poder, o socialismo. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

RIOS, José A. **A educação dos Grupos**. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1957.

ROCHA, Ruth. **Minidicionário**. 10.ed. São Paulo: Scipione, 1996.

RODRIGUES NETO, Eleutério. A reforma sanitária e o sistema único de saúde. **Textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: Ministério da saúde, 1994.

SELLTIZ, Claire. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1974.

SOARES, José Arlindo; CACCIA-BAVA, Silvio. **Os desafios da gestão municipal democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

TEIXEIRA, Elenaldo. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. São Paulo: Cortez, 2001.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

TOJAL, Sebastião Botto de Barros. **O direito sanitário na Constituição brasileira de 1988: normatividade, garantias e seguridade social**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 1994.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VALLA, Victor Vicent; STOTZ, Eduardo Navarro. **Educação, Saúde e Cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.

VIANA, Valdilene. **A Universidade e o Controle Social do Sistema Único de Saúde no Estado de Pernambuco**. Disponível em: <<http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/controlle.htm>>. Acesso em: 25 out. 2005.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.

ZIMERMAN, David E.; OSORIO, Luiz Carlos. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1) Você conhece o Plano Municipal de Saúde?

2) Você teve participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde?
