

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO

TEREZA CRISTINA P. FAVARO

O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

A EXPERIÊNCIA DE GOIÂNIA - EM DUAS GESTÕES

(1988 a 1992 e 1993 a 1996)

Goiânia
2009

TEREZA CRISTINA P. FAVARO

O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

A EXPERIÊNCIA DE GOIÂNIA - EM DUAS GESTÕES

(1988 a 1992 e 1993 a 1996)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Serviço Social como requisito parcial para obtenção do grau de mestre, sob orientação da Professora Doutora Walderez Loureiro Miguel.

Goiânia
2009

F272c Favaro, Tereza Cristina P.

O controle social no Sistema Único de Saúde : a experiência de Goiânia – em duas gestões (1988 a 1992 e 1993 a 1996). – 2009. 175 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2009.

“Orientação: Professora Dra. Walderez Loureiro Miguel”.

1. Saúde pública – política – Goiânia (GO). 2. SUS (Sistema Único de Saúde) – controle social – Goiânia (GO). 3. Controle social. 4. Saúde – serviços básicos – democratização. I. Título.

CDU: 614.39(817.3)(043.3)

TEREZA CRISTINA P. FAVARO

O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

A EXPERIÊNCIA DE GOIÂNIA - EM DUAS GESTÕES

(1988 a 1992 e 1993 a 1996)

Dissertação defendida e aprovada em 07/04/2009

BANCA EXAMINADORA

Dra. Walderez Loureiro Miguel – Presidente

Dra. Maria José de Faria Viana

Dra. Marta Roverly de Souza

Dra. Regina Sueli de Sousa – Suplente

Dedico este trabalho a minha família, meu porto seguro, que partilhou o entusiasmo desta jornada. Em especial minha mãe, Ondina (*in memoriam*), em quem me espelho, por seu amor ao trabalho, sua dignidade e capacidade de luta e resistência.

AGRADECIMENTOS

O processo de construção deste conhecimento constituiu-se um grande desafio, mais que isso, uma experiência rica e prazerosa, momento especial da minha vida; e muitas pessoas, de alguma forma, contribuíram para isso e merecem registro.

À minha orientadora professora Walderez Loureiro Miguel, pela confiança, competência e sobretudo oportunidade de convívio. Já sinto saudade das nossas conversas sempre atuais e enriquecedoras.

À amiga Gláucia Lelis Alves, por confiar em mim, por incentivar-me sempre, o que me permitiu retirar ou transpor as grandes e pequenas pedras, trilhando o caminho até o final.

À professora Regina Sueli, pelo apoio constante e por sua atuação na Coordenação do Mestrado em Serviço Social/UCG. Parafraseando Saint-Exupéry, eu lhe diria: foi o carinho que você dedicou a essa caminhada que a tornou tão especial e profícua. Sua postura ética, dedicada, contribuiu sobremaneira para a construção desse projeto coletivo e de extrema importância para a pós-graduação em Serviço Social no Estado de Goiás.

Às professoras Maria José de Faria Viana e Marta Rovey de Souza, com respeito e admiração, agradeço pela disponibilidade para a leitura deste trabalho, apresentando críticas e sugestões que o enriqueceram.

Às professoras Omari Ludovico Martins e Tânia Maria Camárcio, por suas sugestões, trocas de “figurinhas”, que me possibilitaram amadurecer no processo de elaboração deste trabalho.

À amiga Célia d’Arc pelo carinho, sugestões e zelo como revisora do texto.

Ao Olavo Camilo Favaro, pelo afeto e pelas contribuições na transcrição de entrevistas e formatação da dissertação.

Na figura do reitor da UFG Edward Madureira, da Diretora do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos Maria Amélia Simarro Rios, das assistentes sociais Maria Aparecida Ferreira e Parecida do Carmo Matteucci, e do assistente administrativo Sergio Braz da Silva (FUNDAHC), agradeço o apoio de todos os companheiros de trabalho da UFG/HC nesta caminhada.

Ao pessoal do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia, em especial Márcia de Paula, pelo carinho e disponibilidade que sempre dispensaram a mim e a este trabalho.

Às colegas de Mestrado, em especial Ana Maria Trindade, Aparecida Teles, Flávia Vinhal, Neusa Mendonça e Regina Belém Mascarenhas, com quem partilhei as dificuldades e os desafios do curso, mas, sobretudo as alegrias e os prazeres do processo de conhecimento.

Raquel, Juliana e Thais, secretárias do Mestrado, cada uma a seu tempo, obrigada pelo carinho, atenção e presteza.

À psicóloga Danielle da Cunha Sebba, pelos incentivos e apoio emocional.

Às professoras Darci Roldão de C. Sousa, Liliana P. L. Sepúlveda, Maria José Rocha, Marilene Aparecida Coelho, Sandra de Faria, da UCG; e Jacqueline Rodrigues de Lima, da UFG, pela oportunidade de convívio e aprendizado.

Aos pesquisadores do Núcleo de Pesquisa em Estado, Sociedade e Cidadania (NUPESC), pelas experiências partilhadas.

Ao médico Carlos Lisboa, à professora Eshter Costa, à enfermeira Olívia Vieira, à assistente social Solange Marcelo Faria, ao professor Elias Rassi Neto, ao cirurgião-dentista Déo Costa Ramos, ao médico-sanitarista Cairo Alberto de Freitas, ao Deputado Mauro Rubem, à médica Maria Edna Pereira Quaresma, às conselheiras do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia Katerine Popowich e Albertina de Souza Bernardes: o meu profundo agradecimento pelas contribuições, que tornaram possível a construção deste trabalho.

Durante a pesquisa documental, contei com a colaboração preciosa de Irene José, Vera Lúcia, da Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde; de Maria de Fátima e Juliana, da Divisão de Biblioteca e Documentação da Câmara Municipal de Goiânia; de Nilza, do Sindicato dos Enfermeiros; de Rafaela do Sindicato dos Médicos; de Vanda, de Zildete e de Neusa da Biblioteca do Paço Municipal; e de Helena da Biblioteca da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde/SES.

Meu agradecimento à categoria de assistentes sociais, em especial do Serviço Social do HC/UFG, cuja prática profissional tem sido um constante “removendo pedras, plantando flores” (Cora Coralina).

[...] a colheita é comum, mas o capinar é sozinho.
(João Guimarães Rosa)

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AIS	Ações Integradas de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAMS	Coordenadoria de Assistência Médico-Sanitária
CAIS	Centro de Assistência Integrada de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEB	Comunidades Eclesiais de Base
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEDOC	Centro de Documentação
CEME	Central de Medicamentos
CENEAS	Comissão Executiva Nacional de Entidades Sindicais de Assistentes Sociais
CIAMS	Centros de Assistência Médico-Sanitária
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLS	Conselhos Locais de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONCLAT	Conferência Nacional das Classes Trabalhadoras
CPG	Centro dos Professores de Goiás
CREA	Conselho Regional de Administração
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DDRH	Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DOC	Desenvolvimento e Organização da Comunidade
ENEMC	Encontros Nacionais de Experiência em Medicina Comunitária
FAPEG	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Goiás
FETAEG	Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Goiás
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIEG	Federação das Indústrias do Estado de Goiás
FM	Faculdade de Medicina

FMI	Fundo Monetário Internacional
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FUMDEC	Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNDAHC	Fundação Hospital das Clínicas
HC	Hospital das Clínicas
HGG	Hospital Geral de Goiânia
HUGO	Hospital de Urgência de Goiás
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPASGO	Instituto de Previdência Social de Goiás
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEB	Movimento de Educação de Base
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NOB	Norma Operacional Básica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
OSEGO	Organização de Saúde do Estado de Goiás
PREV SAUDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
REME	Renovação Médica
SER	Serviço Social
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIS	Serviço Itinerante de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUPERPLAN	Superintendência do Plano
SUS	Sistema Único de Saúde
UCG	Universidade Católica de Goiás
UFG	Universidade Federal de Goiás
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

RESUMO

A proposta deste estudo é apreender o processo histórico do Sistema Único de Saúde em Goiânia e, nele, o controle social, sua implantação e implementação, em duas gestões distintas: de 1988 a 1992, gestão do PMDB, e a segunda, de 1993 a 1996, do PT. O controle social, conforme a Constituição de 1988 indica a possibilidade de construção de uma sociabilidade no campo da relação Estado e sociedade, em bases públicas e democráticas, no sentido de ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde por meio da participação popular nos Conselhos e Conferências de Saúde. Nessa direção, a participação efetiva dos sujeitos expressa a luta pelo alargamento da democracia, da cidadania e, conseqüentemente, das políticas sociais públicas, ao expressar a possibilidade de romper com o perfil meritocrático, clientelista e excludente dessas políticas. Nesse sentido, o estudo buscou conhecer o processo de participação dos usuários na construção da Política de Saúde de Goiânia, por meio do Conselho Municipal de Saúde e Conferências, durante o período mencionado. Para maior entendimento do objeto de estudo na realidade empírica, optou-se pela entrevista semiestruturada para coleta de dados, com formulações de questões norteadoras da pesquisa, ao permitir que elas, pertinentes ao tema, fossem tratadas de forma aberta, bem como ao possibilitar novas indagações. Isso assegurou um enriquecimento à investigação, ao deixar o entrevistado livre para fazer suas colocações. Após a coleta de dados e sistematização das respostas às perguntas que compõem o roteiro de entrevista, aplicado a cada um dos sujeitos entrevistados, estabeleceu-se a correlação entre a pesquisa teórica e a pesquisa empírica na construção do processo de conhecimento do objeto, mediado pela análise crítica.

Palavras-chave: Política de Saúde/SUS. Controle Social. Estado e Sociedade Civil. Direitos de Cidadania e Democracia.

ABSTRACT

The purpose of this study is to understand the historical process of the Unified Health System in Goiânia, the social control, its deployment and implementation in two different administrations: one from 1988 to 1992, management of PMDB and the second from 1993 to 1996, of PT. Social control, as the Constitution of 1988, indicates the possibility of doing a social relationship between state and society, in a public and democratic basis, to expand the access to basic health services through the popular participation in the Councils and Health Conference. This way, the effective participation of the people shows the struggle for a larger democracy, citizenship and consequently of public social policies, to express the possibility of breaking with the meritocratic profile, costumer and their exclusion. So, the study tried to know the process of participation of users in the health policy in Goiânia, through the City Council and Health Conference, while that period. For better understanding this study in an empirical reality, it was done a semi-structured interview for data collection, with questions guiding the research and allowing new ones. This increased the research by putting the interviewees free to express their opinion. After data collection and systematization of the answers applied to each interviewed person, there was a correlation between theoretical and empirical research in making the knowledge of the object, mediated by critical analysis.

Keywords: Health Policy / SUS. Social Control. State and Civil Society. Rights of Citizenship and Democracy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I	24
O CONTROLE SOCIAL NA RELAÇÃO ESTADO E SOCIEDADE.....	24
1.1 A construção histórico-sociológica das concepções de controle social	24
1.2 Estado, cidadania e democracia: eixos fundantes no controle social sobre a política social.....	30
CAPÍTULO II	37
DA REVOLUÇÃO PASSIVA À DITADURA MILITAR: EXPRESSÕES DO CONTROLE SOCIAL NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	37
2.1 A era Vargas (1930 a 1945) : a saúde como outorga	40
2.2 Populismo e desenvolvimentismo (de 1945 a 1964): saúde não é primazia do Estado	51
2.3 A saúde no contexto do regime autoritário militar	57
CAPÍTULO III	64
O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA: SAÚDE COMO DIREITO E COM CONTROLE SOCIAL	64
3.1 A seguridade social na perspectiva dos direitos sociais	72
3.2 O exercício do controle social no SUS: os Conselhos de Saúde e as conferências de Saúde	79
CAPÍTULO IV	88
A POLÍTICA DE SAÚDE EM GOIÂNIA E O CONTROLE SOCIAL: A CIDADANIA EM PROCESSO	88
4.1 A saúde em Goiânia: o Sus como divisor de águas.....	88
4.2 A gestão Prefeitura Trabalhando - 1988 a 1992 : a transição se consolida....	111
4.2.1 A implantação do Controle Social em Goiânia: a 1ª Conferência Municipal de Saúde e a criação do Conselho Municipal de Saúde	117
4.3 Gestão Goiânia Cidade Viva - 1993 a 1996 : o modo petista de governar.....	125
4.3.1 O controle social sob o modo petista de governar: duas conferências e a dinâmica do Conselho Municipal de Saúde	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS	152
ANEXOS	169

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por objeto de estudo O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE GOIÂNIA - EM DUAS GESTÕES (1988 a 1996). A presente proposta visa apreender, no processo histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) em Goiânia, o controle social, sua implantação e implementação, em dois períodos distintos: o primeiro, de 1988 a 1992, na gestão do PMDB, e o segundo, de 1993 a 1996, na gestão do Partido dos Trabalhadores, ao procurar entender o lugar e o papel da participação popular na esfera municipal.

Ressalta-se que esta dissertação faz parte do projeto de pesquisa: A Seguridade Social em Goiânia/Goiás – Assistência Social, Previdência e Saúde: gestão, financiamento e controle social - década de 1990, que, por sua vez, está vinculado à Rede Goiana de Pesquisa em Políticas Públicas/Seguridade Social, patrocinado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás-FAPEG. Surgiu da necessidade de fazer o resgate histórico da Seguridade Social em Goiânia e no Estado de Goiás, pós-Constituição de 1988, se configurada pela articulação das políticas que a compõem ou se cada uma delas se constrói “no seu pedaço”.

Entende-se que o debate das políticas sociais públicas, em especial a de saúde, tem demandado e despertado cada vez mais interesse científico, e requerido investigações do ponto de vista teórico-metodológico e epistemológico. Essa constatação e a crença na importância de assegurar os avanços constitucionais, por meio do efetivo exercício do controle social, norteiam esta dissertação.

Nessa direção, propõem-se os objetivos seguintes: resgatar, no processo histórico brasileiro, a política de saúde e, nela, como o controle social foi se construindo; estudar o SUS em Goiânia, pelo controle social, de sua implantação à implementação; identificar a participação de usuários na construção da política de saúde no município, ao destacar a transformação das propostas das Conferências Municipais em resoluções efetivadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS); contribuir com novos estudos para a visibilidade do conhecimento produzido na área, tanto no espaço acadêmico, como nos serviços públicos de saúde, com destaque para o CMS; procurar, por meio da dissertação, uma interlocução com as outras políticas que compõem a Seguridade Social, no sentido da complementaridade delas e da efetivação dos direitos de cidadania à maioria da população.

Assim a hipótese que norteou esse estudo é de que o exercício do controle social na política de saúde no município de Goiânia, se de um lado produz e reproduz relações sociais que atendam aos interesses da acumulação do capital, de outro, vem construindo uma cultura de participação, fortalecendo a democracia representativa e interferindo nos rumos de uma política voltada para os interesses da maioria da população.

Desse modo, esse estudo coloca-se, pois, diante de duas questões norteadoras que vão corroborar no entendimento do objeto e na análise do trabalho. Ao considerar a formação da sociedade brasileira e, nela, a construção de Goiânia e a política municipal de saúde, indaga-se: o exercício do controle social vem reproduzindo práticas clientelistas ou se consolida em bases que traduzem uma nova cultura de participação política? Que possibilidades são colocadas aos sujeitos coletivos que compõem o controle social, para qualificar o processo de democratização da política de saúde em Goiânia?

Entende-se, nesse sentido, a importância de buscar, no processo de ruptura e continuidade dos acontecimentos que compõem a historicidade deste objeto, os elementos para a análise do que ocorre hoje na política de saúde, sob o acompanhamento e fiscalização do controle social.

O estudo utiliza, até mesmo pelo recorte temporal por ele estabelecido, o termo controle social, conforme inscrito na Constituição Brasileira de 1988, no sentido de a sociedade civil participar dos negócios do Estado e acompanhá-los. Mas os estudos e análises acerca dessa terminologia já evidenciam que se refere a uma concepção restrita e instrumental. Assim, o uso do termo controle democrático é expressão do entendimento sobre a diferença entre o controle social, habitualmente utilizado pelo Estado, e aquele que busca ampliá-lo numa perspectiva de coerência aos princípios democráticos e ao próprio processo de socialização da política.

Ao aproximar de uma dada realidade histórica, objetiva e subjetivamente, o objeto de estudo foi se contextualizando pelo estudo e pesquisa, ou seja, na Política de Saúde do município de Goiânia, no período já definido. Daí, a importância de um breve histórico desse município, tendo em vista um maior detalhamento e contextualização do objeto desta dissertação, problematizando-o.

Goiânia surge em 1930, como parte da proposta da “Marcha para o Oeste”. Inicialmente, planejada para 50 mil habitantes, construída por mais de quatro mil anônimos operários, cujo trabalho árduo projetou a cidade como símbolo do dinamismo de um Estado que até então se duvidava existir (CAMPOS, 2001). Chegou à década de

1980 com a marca de 998.820 habitantes (IBGE, 1996), na sua maioria residentes na área urbana. O planejamento inicial foi atropelado pelo acelerado crescimento populacional, que acarretou uma expansão desordenada, ao originar uma ampla periferia que demarcou os espaços entre pobres e ricos que vivem na cidade (PIO, 2007). Tal situação impôs constantes desafios ao poder público municipal em face das demandas apresentadas, resultantes do crescimento e modernização não acompanhados por uma estrutura econômica e social capaz de assegurar equilíbrio entre oferta e demanda. Dessa maneira uma parcela significativa da população encontrava-se em situação de extrema vulnerabilidade social, em diferentes áreas: saúde, educação, habitação, etc., o que significava pressão aos gestores públicos, daí o desafio de se viabilizarem políticas sociais públicas com acesso democrático, resolutividade, qualidade e controle social.

Assim, na apreensão do objeto de estudo desenvolveu-se uma abordagem histórica, pela teoria crítica, ao contextualizar e relacionar a Política de Saúde no Brasil e em Goiânia e as transformações operadas ao longo dos anos. A Política de Saúde, na sua origem, adotou o modelo associado à esfera privada, e não pública; nesses termos, saúde não constituiu um direito do cidadão e dever do Estado, mas baseada na ideologia liberal de ação social vinculada e restrita a um contrato social entre o ente público e o trabalhador por meio de políticas contributivas. Mediante análise histórica, apreende-se que a sociedade civil sempre esteve alijada do processo de decisão política, característica presente no Estado mínimo, ao não assumir a primazia das políticas sociais e excluir a participação popular dos negócios públicos. Esse modelo se fez presente até a criação do SUS, expressão das lutas populares, materializadas na Constituição de 1988.

Vale ressaltar que a política de saúde no Brasil sempre esteve sob os ditames da política econômica e não foi prioridade nos planejamentos oficiais. A partir da Constituição, porém pautou-se como direito de todos e dever do Estado. No entanto, em face das condições objetivas e históricas, o que se constata é uma dicotomia entre o que é preconizado por lei e o que efetivamente se concretiza no dia a dia do cidadão brasileiro.

No processo de redemocratização da sociedade brasileira, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), como expressão da luta dos trabalhadores organizados. Dentre elas destaca-se o Movimento de Reforma Sanitária, que teve como marco histórico a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e, posteriormente, a Constituição/88, que sinaliza com um arcabouço jurídico de ampliação dos direitos sociais, em especial a saúde, assegurada como direito de todos e dever do Estado. Expressa, no Capítulo II: « Da Seguridade Social », Seção II, Artigos 196 a 200, ao afirmar os princípios de de-

mocratização, da equidade e da justiça social que assegurem universalidade de acesso aos bens e serviços, inerentes aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática por meio do controle social e da participação popular. A opção de eleger o controle social como objeto do presente estudo deve-se ao fato de que, no âmbito do SUS, é o eixo que sinaliza a participação e decisão, cotidianamente, mais próxima do cidadão e pelo qual são discutidas e definidas as diretrizes da política municipal de saúde. Consiste em um eixo privilegiado, por onde a sociedade civil organizada participa, opina e decide sobre o Plano Municipal de Saúde, seu processo de execução, avaliação, bem como na fiscalização dessa política social.

Trata-se de uma construção desafiadora por conta da formação histórica brasileira, resultante de um sistema de governo patrimonialista/assistencialista, que vem desde o Brasil colônia. Expresso por uma cultura de tomadas de decisões pelo alto e de alijamento da classe subalterna¹ desse processo, bem típico das oligarquias, cujos poderes e exercícios estão representados por grupos familiares, que mantêm sob controle os instrumentos de decisão no âmbito econômico, político, social e cultural, ao monopolizar a autoridade e o prestígio em alguns desses setores ou em todos (VIEIRA, 2007). Desse modo, ressalta-se uma das características da sociedade brasileira, como a falta de clareza por parte dos governantes ao separar o público do privado, “onde o poder público é exercido e usado como se fosse privado” (BALESTRIN; BARROS, 2008).

Tal característica foi metamorfoseada, anos mais tarde, com a reforma do Estado no início da década de 1990, de cunho neoliberal, ao se contrapor aos princípios assegurados na Constituição, em especial a primazia das políticas sociais públicas e dos direitos conquistados por meio delas, e ao adotar estratégias de consenso em favor da legitimação, da hegemonia da classe dominante e de mecanismos de controle do Estado sobre a classe subalterna.

Nessa assertiva, as estratégias neoliberais adotaram a descentralização como “condição para uma revolução no comportamento social, capaz de gerar comportamentos políticos e econômicos caracterizados por maior capacidade de iniciativa e, portanto, menos dependentes do Estado” (ARRETCHE, 1996, p. 44). Fatores que rebatem no controle social de maneira perversa, com a despolitização da sociedade civil,

1 Classes submetidas ao domínio histórico ideológico-coercitivo imposto pela burguesia, detentora de todos os monopólios sobre a vida social, seja no campo econômico, com a acumulação do capital e exploração do trabalho; no político, no qual garante e legitima os seus interesses, bem como consenso, a subordinação intelectual, cultural e moral, que implica a regulação da conduta da vida humana (ANGELI ; SOARES, 2009).

em especial da classe subalterna, quando o Estado transfere a primazia das políticas sociais públicas para a sociedade, principalmente para setores privados e ONGs.

Para Mészáros (2000), o controle social é importante a fim de assegurar a relação entre os homens e deles com a própria natureza. O autor chama a atenção, entretanto, para a maneira pela qual é exercido esse controle: vai depender do contexto social onde acontece, sem perder de vista as mediações econômica, política e cultural. E por essas mediações, o controle social assume conotações significativas.

Nesse sentido, o controle social na esfera da saúde consiste em uma experiência importante na história da política social brasileira. Tratar do controle social, na ótica da sociedade civil organizada, é trazer ao debate o papel da participação popular na construção do SUS e dos direitos sociais como expressão de nova cultura. Como afirma Camárcio,

[...] no sentido de transformar o senso comum do usuário em bom senso, ajudando-o a canalizar suas carências em reivindicações, suas insatisfações e aspirações em participação, para que possa emergir como sujeito do processo, capaz de discernir e lutar pelos seus direitos, como participe de uma vontade coletiva consciente (1994, p. 52).

Mesmo que a participação popular esteja assegurada na Constituição, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, conforme define a Lei 8.142 de 1990, na maioria dos municípios brasileiros os conselhos são fortemente atrelados ao poder do gestor municipal. Vale destacar, no entanto, que em alguns municípios sua implantação ocorreu com certa autonomia em relação ao executivo. Isso atualiza, historicamente, o entendimento de que a categoria *controle social* é sinônimo de poder exercido pelo Estado ou pelo empresariado sobre as massas, conforme ressalta Bravo (2006).

Aquelas instâncias expressam a conquista por representantes de movimentos sociais, de entidades e instituições privadas que as tomaram por se constituírem como *lócus* institucionalizado de participação e instrumento de mediação entre Estado e sociedade civil. Assim, nesses espaços, incorporam-se a participação e a representação de diferentes interesses, numa explícita *guerra de posição* gramsciana, em que diferentes projetos disputam a hegemonia, a direção política de classe. Por tal concepção de Estado Ampliado, é possível o alargamento da socialização da política, por meio da sociedade civil organizada, ao interferir nos negócios do Estado, mesmo sob os auspícios do capitalismo.

É nesse contexto que o protagonismo do Projeto de Reforma Sanitária, em curso, coloca como imprescindível o controle social na perspectiva da participação popu-

lar no planejamento, na definição, implementação e fiscalização da política de saúde pelas instâncias de controle social, Conselho Municipal e Conferências de Saúde.

O caminho percorrido com vistas à construção desta dissertação constituiu-se de três momentos: a pesquisa bibliográfica, a documental e a empírica. Esses momentos não ocorreram de forma linear, dada a necessidade de articulação entre eles na processualidade da dissertação, que conheceu inúmeras dificuldades, sobretudo na pesquisa de campo, considerando os escassos dados referentes às gestões no período compreendido entre 1988 e 1996, bem como aos registros históricos da Política de Saúde de Goiânia. A pesquisadora entende ser importante registrar o descaso de diferentes gestores, seja no âmbito municipal ou estadual, no trato da história política administrativa, na preservação da memória do patrimônio cultural da população goiana e goianiense. Registra-se, ainda, a precariedade dos arquivos, do armazenamento dos documentos e dos registros, com consequências graves à história passada e recente, aos estudos e pesquisas que advirão. Isso pode caracterizar uma forma de controle social que cerceia o acesso público a um bem público.

É preciso ressaltar ainda que, em relação à pesquisa documental, a pesquisadora não encontrou dificuldades no acesso aos documentos nos locais pesquisados, muito pelo contrário, sempre foi facilitado, e os trabalhadores dessas localidades se mostraram solícitos, entusiasmados com a possibilidade de colaborar com a pesquisa, com o processo de construção do conhecimento e com a preservação da memória da política de saúde.

Com a pesquisa bibliográfica procurou-se familiarizar com a literatura sobre o tema, quando se conheceram suas diferentes abordagens. Sob o ponto de vista teórico-metodológico, o presente estudo fundamentou-se na teoria social crítica, pelas contribuições de Antonio Gramsci (1968, 1978, 1987) e de alguns de seus estudiosos. Utilizou-se de conceitos que contribuiriam na construção do objeto, histórica e processualmente. Vale destacar que o referencial gramsciano forneceu subsídios para apreender as questões históricas brasileiras, como também possibilitou análises do presente, ao apontar estratégias de luta de socialização da política, de alargamento da democracia e de construção de “uma nova hegemonia através da ‘guerra de posição’” (COUTINHO, 1985, p. 126), por meio do efetivo exercício do controle social.

Autores, como: Arretche (1996, 1999), Behring e Boschetti (2008), Campos (1992, 2006), Bravo (1996, 2006), Carvalho (2002), Cohn (1999, 2002), Correia (2000), Coutinho (1988, 2000, 2006), Durighetto (2007), Fleury (1989), Gerschman (1995), Iamamoto (2005, 2007), Menicucci (2007), Pereira (2006), Villaça (1993), dentre outros,

também têm contribuído nos debates e reflexões sobre a política social, o SUS, a participação popular e o controle social.

Na pesquisa documental, o material empírico oriundo dessas fontes constituiu-se de documentos, anais, relatórios, planos que se relacionam à organização e ao desenvolvimento da política de saúde nas três esferas de governo e às práticas participativas na saúde pública em âmbito municipal. Buscou-se, prioritariamente, o material relacionado à política de saúde, a partir da década de 1920, nas bibliotecas da Universidade Federal de Goiás e Universidade Católica de Goiás, nas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, Secretaria de Planejamento do Município de Goiânia, Conselho Municipal de Saúde, acervos documentais de entidades representativas, como Sindicatos de Enfermeiros e de Médicos do Estado de Goiás.

Na busca pelas evidências empíricas, o instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista, por meio da qual, a pesquisadora buscou obter informações mediante depoimentos dos atores sociais (MINAYO, 1994). Dentre as modalidades da técnica de coleta de dados, optou-se por utilizar, nesta pesquisa, a entrevista semiestruturada (Anexo I, II e III), com formulação de perguntas que norteassem o estudo, ao permitir que as questões pertinentes ao tema fossem tratadas de forma aberta, bem como com a possibilidade de novas indagações. Isso assegura um enriquecimento à investigação, ao deixar o entrevistado livre para fazer suas colocações.

A proposta foi trabalhar com a pesquisa qualitativa, também ancorada no entendimento de Gramsci (1987, p. 50), em que qualidade e quantidade não são opostas, mas se completam, pois, para o autor, “a contraposição dos dois termos é, racionalmente, um contra-senso”. Enfim, a pesquisa qualitativa “responde questões muito particulares. Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo” (MINAYO, 1994, p. 21).

O processo de investigação de campo teve início em agosto de 2008, após o projeto de pesquisa ser submetido à apreciação/aprovação do Comitê de Ética/UCG (Anexo V). Foram realizadas dez entrevistas com atores - vinculados organicamente à política de saúde do município - conselheiros representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores e gestores, bem como com atores não conselheiros, mas que participaram ativamente do processo de organização dos trabalhadores da saúde, da implantação e implementação do SUS e do Controle Social em Goiânia. Dessa maneira foi possível construir uma leitura crítica do processo histórico e, nele, apreender diferentes dimensões do objeto de estudo.

Do total de entrevistas, duas não foram utilizadas: uma, o entrevistado se ateve às questões da conjuntura nacional, e outra, com poucas informações. Assim, ao final do trabalho, foram objeto de análise oito entrevistas, envolvendo conselheiros do Conselho Municipal de Saúde, representantes dos três segmentos, sendo duas com gestores, duas com usuários, duas com trabalhadores, e ainda uma com trabalhadora social e outra com liderança política, sendo que as duas últimas não eram conselheiras.

Com a permissão dos entrevistados, utilizou-se o recurso da gravação da entrevista, de maneira a tornar os dados obtidos mais precisos. O anonimato foi mantido, mediante acordo entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa, e a identificação estabelecida por meio de número, conforme a ordem cronológica de realização da entrevista e a representação do segmento entrevistado.

Cada entrevista durou, em média, uma hora e meia de gravação, num total de treze horas de gravação. Após esse trabalho, houve a transcrição das entrevistas, materializadas em 124 laudas. Os dados, aliados à preocupação de assegurar que as informações transcritas representassem fidedignamente a fala dos entrevistados, explicam porque a atividade demandou tempo e atenção por parte da pesquisadora.

Após o processo de sistematização das respostas às questões que compõem o roteiro de entrevista junto a cada um dos sujeitos entrevistados, foi estabelecida a relação entre a pesquisa teórica e a empírica, extraíndo-se inferências de maneira a permitir o confronto com o objeto deste estudo. De acordo com Gramsci (1978, p. 53), “a identificação de teoria e prática é um ato crítico, pelo qual se demonstra que a prática é racional e necessária ou que a teoria é realista e racional”. Dentre os elementos analisados, destacam-se: a organização dos trabalhadores da saúde; a organização dos espaços de controle social; a efetividade das deliberações das conferências para o processo democrático; e a gestão da política de saúde no município de Goiânia e sua relação com o SUS.

Esse trabalho constitui-se de quatro capítulos distribuídos da seguinte forma:

No primeiro, procura-se conhecer as construções histórico-políticas das concepções de controle social presentes na relação Estado-sociedade civil. Para maior entendimento dessa relação - no que diz respeito ao exercício do controle social - foi importante apreender o modo pelo qual se articulam no processo histórico da sociedade ocidental, na transição de uma concepção conservadora e centralizadora de Estado para uma concepção pautada no Estado Ampliado e na democracia, nos moldes gramscianos.

No segundo capítulo aborda-se o processo de intervenção do Estado na política de saúde a partir de 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, e como resposta às pressões operárias. O Estado, ao criar as Caixas de Aposentadorias e Pensões, sinalizou para um modelo de política de saúde associada à esfera privada e não pública, cujo acesso está condicionado à inserção no mercado de trabalho formal. Sinaliza-se, ainda, que no Brasil a assistência à saúde, desde suas origens esteve vinculada à Previdência Social, o que possibilita inferir que a sua composição na Seguridade Social pós-988, juntamente com a assistência social, decorreu de condições históricas, reais e subjetivas afetas à realidade brasileira.

As mudanças políticas operadas após a Revolução de 1930 apontaram para a construção de um Estado centralizador e intervencionista pelo viés da política social. Promoveram-se mudanças significativas, em especial na legislação trabalhista e na política de saúde. Ainda em 1930, como expressões dessas mudanças, criaram-se dois ministérios: do Trabalho, Indústria e Comércio (MTCI) e da Educação e Saúde Pública (MESP). Na era Vargas ocorreram avanços significativos no sentido da expansão dos serviços de saúde em todo o território brasileiro, fortaleceu, contudo o modelo centralizador e intervencionista, ao caracterizar o controle social exercido pelo Estado sobre a sociedade. Nessa conjuntura criava-se o Serviço Social brasileiro, em 1936. E na década seguinte, instaurava-se a Legião brasileira de Assistência (LBA) como espaço profissional do Serviço Social, o que inaugurou o primeiro-damismo como concepção e o assistencialismo como prática oficial da política social do governo. Já no período compreendido entre 1946 a 1964, sob a égide do capitalismo monopolista, a política de saúde manteve o modelo centrado no campanhismo, na medicina curativa, e fortaleceu a expansão da iniciativa privada. Destacou-se, ainda, o modelo político-econômico adotado pelos militares, com resultados pífios para o país, culminando em grave crise econômico-social, que fortaleceu a emergência dos movimentos sociais. Inserido neles o Movimento de Reforma Sanitária, na luta pela redemocratização do país.

No terceiro capítulo analisa-se, no processo histórico brasileiro, a luta do Movimento de Reforma Sanitária, sua organicidade e interlocução com outros movimentos sociais, pela redemocratização do país e articulação de um projeto contra-hegemônico para a saúde, incluindo, como estratégia, a ocupação de espaços no aparelho do Estado. A luta do Movimento tem sua expressão maior no reconhecimento constitucional e político da saúde como direito de todos e dever do Estado. Na Constituição de 1988, a saúde, juntamente com a assistência e previdência social, compõem a Seguridade Social, reconhecida como política de Estado, com novo padrão de política social, em direção aos direitos sociais e, conseqüentemente, à cidadania. Nesse sentido, buscou-

se empreender uma análise dos obstáculos para sua efetivação no contexto neoliberal, avesso à primazia do Estado em face das políticas sociais, bem como da política de saúde. Ao assegurar o SUS, articulado nas três esferas de governo, com universalidade, rompe com o caráter excludente do sistema anterior e acena com a possibilidade, pelo controle social, da participação da sociedade civil organizada por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, para que diversos atores sociais possam efetivamente participar do processo decisório e da ampliação do espaço público, na perspectiva da construção dos direitos de cidadania na dimensão da vontade coletiva.

O quarto capítulo traz a análise da pesquisa empírica inserida no processo histórico da Política de Saúde em Goiânia, com destaque para a implantação do SUS, quando o exercício do controle social é gestado, com a realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde e, a partir dela, a criação do Conselho. Busca-se apreender a relação entre a trajetória da saúde em Goiânia no âmbito do controle social, bem como as contradições e potencialidades desse processo em relação à construção do SUS e da política social na formação político-social brasileira.

CAPÍTULO I

O CONTROLE SOCIAL NA RELAÇÃO ESTADO E SOCIEDADE

O tema controle social é histórico na relação Estado e sociedade do ponto de vista teórico e político. Pode ser abordado sob diferentes perspectivas: de um lado, como domínio, coerção do Estado sobre a sociedade, de outro, pelo processo de convencimento, persuasão, que o Estado procura exercer sobre a sociedade. Isso para condução moral e intelectual de um projeto hegemônico.

O debate que se inicia está relacionado com o conjunto desta dissertação. Entendeu-se a necessidade de aprofundar as diferentes concepções de controle social como categoria que se faz presente no processo de construção deste estudo.

Sua presença, no entanto, faz-se na interlocução com outras categorias, como o Estado Moderno, a democracia, cidadania e política social.

O controle social constitui um tema clássico da teoria política, mas bastante presente no debate contemporâneo, ao permear até mesmo o debate da própria formação do Estado Moderno.

Para maior fundamentação desta relação, Estado e sociedade civil, é importante apreender o modo pelo qual ambos se articulam no processo histórico da sociedade ocidental e, em especial, da brasileira.

1.1 A construção histórico-sociológica das concepções de controle social

Ao abordar o controle social exercido pelo Estado por meio da coerção, é necessário fazer a interlocução com pensadores clássicos e expoentes do liberalismo, em especial Hobbes (1588–1679) e Locke (1632–1704). Hobbes, em sua obra *O Leviatã*, defendeu que o poder é adquirido no mercado e é definido pela habilidade individual de conquistar riqueza, reputação e poder, o que mantém o indivíduo em permanente conflito e disputa. Entende que essa disputa é natural, mas deve ocorrer sob as regras do convívio social e da subordinação política, com regulação das relações sociais, para que os homens não se destruam e possam confiar seus poderes e direitos para serem regidos por um poder soberano, no caso, representado pelo Estado (HOBBS, 1979).

Para Locke (1978), a presença do Estado é imprescindível como protetor dos direitos e das liberdades individuais dos cidadãos, no sentido de conceder-lhes o máximo de liberdade. Sob essa ótica, a essência da democracia está fundamentada nos direitos individuais e na liberdade de mercado. Afirma, contudo, que o governo não tem poder absoluto, deve ser submisso à lei. Nesse viés, delinea a possibilidade, mesmo que mínima, de controle do cidadão-proprietário sobre o governo.

Os liberais, adeptos do controle do poder estatal, concebem o Estado como uma instância separada da sociedade, em que a organização estatal não seria afetada por fatores sociais e econômicos, mas desobrigada de prestar serviços à sociedade e manter seu equilíbrio, o que sinaliza para o “conceito de igualdade formal e jurídica, e assim não assume compromissos com a desigualdade real, substantiva” (PEREIRA, 2007, p. 30).

Para Bobbio (2000) o controle social é um conjunto de intervenções, positivas ou negativas, determinadas por grupos ou sociedades aos seus membros, para impedir ou desestimular os comportamentos contrários às normas vigentes. Atuam também na reprodução de mecanismos de conformação em relação a mudanças operadas no sistema normativo, ao identificar duas formas de controle social utilizadas por um determinado sistema para assegurar o consenso:

- *Controles externos*: são as sanções e punições, ações reativas impostas aos indivíduos quando não se enquadram nas normas vigentes.

- *Controles internos*: sua ação não é uma ameaça externa ao indivíduo, mas visa atingir sua consciência.

Singer (1978) identifica um mecanismo de controle social exercido pelo Estado, expresso ainda no século XIX, por meio do seu poder coercitivo, quando utilizava do poder médico, ou seja, dos serviços de saúde para imposição de condutas, como normas de higiene, de prevenção de acidentes nos locais de trabalho, de caráter restritivo ao trabalho de mulheres (especialmente as gestantes) e de crianças, ao formular normas de comportamento que assegurassem a saúde para a população. Isto visava manter a reprodução da força de trabalho e, dessa maneira, a continuidade do sistema. Assim, o surgimento dos serviços de saúde ocorreu essencialmente como serviços de controle das contradições entre os interesses individuais dos membros das várias classes sociais e o interesse do sistema social como um todo, em especial para a preservação da força de trabalho. Os serviços de saúde são solicitados cada vez mais pelo Estado para julgar e reprimir condutas individuais que transgridem as normas - o consumo de drogas e o comportamento contrário à moral sexual vigente.

Os serviços de saúde são congruentes quando contribuem com a ordem social, até mesmo sugerindo, para ela, alterações adaptativas. A partir da produção de ações de saúde, os serviços produziram condições materiais e psicológicas indispensáveis ao desenrolar da vida política, social e econômica em determinados moldes.

Mészáros(1987) e Iamamoto (2005) destacam que o controle social está para além do contexto governamental e institucional. Seu exercício se dá também nas relações diretas, quando expressa o poder, a influência na reprodução da ideologia, pelo uso que dela fazem grupos e classes que dispõem do poder, na legitimação da estrutura social. Marx e Engels, em *A Ideologia Alemã*, já identificavam esse papel:

[...] o Estado adquire uma existência privada com relação à comunidade [...] mas tal Estado não é mais do que a forma de organização que os burgueses adotam, tanto para garantir reciprocamente a sua propriedade e a de seus interesses, tanto em seu interior como externamente (2005, p. 98).

Para a sociologia, o controle social é exercido como processo de influência da sociedade sobre o indivíduo. Nos marcos do capitalismo, em que o modo de viver é permeado pela forma de mercadoria, a própria consciência da classe trabalhadora pode ser influenciada pelas mistificações do capital e do capitalismo.

Assim, “a socialização do trabalhador nas condições de produção capitalista envolve o controle social bem amplo das capacidades físicas e mentais” (HARVEY, 1992, p.119). São operados diversos mecanismos que induzem a esse controle, como: o treinamento, a persuasão, o resgate de sentimentos sociais envolvendo a ética no trabalho, lealdade aos colegas, orgulho pela instituição; as pressões psicológicas em busca da identidade por meio do trabalho, da solidariedade e da iniciativa individual. Esses aspectos assumem uma centralidade na formação da ideologia e são disseminados pelos meios de comunicação de massa e pelos aparelhos privados de hegemonia.

Vale registrar que “a ideologia vincula-se às classes sociais em luta pela hegemonia” (IAMAMOTO, 2005, p. 109). Isso demonstra que é a ideologia das classes que monopoliza a riqueza e o Estado, sendo também dominante no modo de pensar. O modo capitalista de reproduzir e de pensar é inseparável e se expressa no cotidiano da vida social, ou seja, a ideologia propaga as ideias dominantes da classe detentora da força material e espiritual da sociedade. Os indivíduos dessa classe são portadores de consciência de classe dominante, determinante de “todo o âmbito de um tempo histórico”, exercido em toda sua amplitude (MARX, 2005, p. 78).

Consequentemente dominam, como pensadores, como produtores de ideias, ao controlar a produção e a distribuição das ideias do seu tempo, dando-lhes cré-

dito de ideias dominantes. Esse controle, na visão de Bobbio (2004) e Campos, E. (2006), é bastante sutil, horizontal e avassalador, constituindo um produto de uma socialização que naturaliza as desigualdades sociais, fundamenta os privilégios e permite as discriminações.

Além do mais fortalece a ideia de uma sociedade construída sob o estímulo da apatia política dos cidadãos, apatia reforçada pela desigualdade econômica e social, que deixa nas mãos da elite econômica o poder político e, também, no modelo, sustenta a ilusão da soberania do consumidor, para quem o mercado produz e controla demandas (CHAUI, 1981).

Ao reportar à história brasileira, o recorte do objeto deste estudo se faz a partir da Revolução de 1930 - exemplo de “revolução passiva” ou “pelo alto” - como marco da nova configuração do Estado no Brasil, e vai até o golpe militar de 1964, configurados como expressões do controle social no contexto nacional e, em particular, no da política de saúde.

Não é demais ressaltar que o golpe operado pelos militares expressou o controle e a reprodução da ideologia dominante, ao adotar um projeto de governo afinado com os princípios burgueses de favorecimento ao grande capital e ao imperialismo americano, com rebatimento na cultura (NETTO, 2005). Os instrumentos de coerção, as leis de segurança nacional, decretos, atos institucionais, asseguraram o controle e a repressão sobre a população, bem como a centralização de recursos e decisões. Dessa maneira, ao frear a participação popular e sindical, colocaram os movimentos de resistência nas “catacumbas” (CORREIA, 2000, p. 57).

Mészáros (2002), entretanto, destaca que o controle hegemônico do capital tem um desenvolvimento contraditório, de um lado, ao se confrontar, no dia a dia com os movimentos de lutas sociais e forças políticas antagônicas; de outro, ao sinalizar para a emergência de outros modelos de controle.

Desse modo, outra formulação de controle social vem confrontar com a exposta anteriormente. Refere-se à possibilidade de outro, materializado pela sociedade civil organizada, que venha fortalecer e instrumentalizar a construção da contra-hegemonia, pautada também numa concepção de Estado Ampliado, diferentemente do Estado restrito, legitimado pela ordem burguesa.

A concepção de Estado adotada neste trabalho refere-se àquela que, no âmbito do capitalismo, aponta para a construção de uma nova relação com a sociedade civil e vice-versa. Relação que permite valorizar e assegurar a participação da

sociedade civil na gestão das políticas públicas e, em especial, das sociais. Ressalta-se, ainda, que a relação Estado - sociedade civil se define, historicamente, pela construção da hegemonia.

Hegemonia, conceito chave no pensamento gramsciano, é concebida como direção e domínio, que possibilita a construção de um novo bloco histórico por meio do consenso. Seu espaço é primazia da sociedade civil, em que os chamados aparelhos privados de hegemonia são os responsáveis pela disseminação do pensamento dominante (COUTINHO, 1999). A hegemonia perpassa para além do âmbito econômico e político da sociedade, está presente na totalidade da vida: os ideais, os valores éticos, morais. E é por meio da ideologia que se constrói a hegemonia de uma classe, que não se limita ao aspecto político, mas assume a direção intelectual, moral, de concepção do mundo, visando a construção de uma nova cultura. Para Chauí (1983, p.19), “a hegemonia é sinônimo de cultura em sentido amplo e, sobretudo, de cultura em sentido da sociedade de classes”.

Para Simionato,

[...] hegemonia gramsciana, expressa a vontade coletiva sobre a vontade individual, “é a passagem do momento econômico-corporativo para o momento ético-político [ou universal]”, constituindo no estágio em que o proletariado deixa de ser “classe em si” e torna-se “classe para si”, através de uma ação coletiva, e elabora um projeto para toda a sociedade, na perspectiva de construir um novo bloco histórico, ou seja, é sair da passividade e atingir um nível superior, é romper com a subordinação imposta pela ordem capitalista, é deixar de ser massa de manobra dos interesses dos dominantes. Nessas condições é posta à classe subalterna, a possibilidade de superação de sua condição de subalternidade e a necessidade da construção de uma nova ordem social (1999, p. 44 e 45).

A reforma intelectual e moral é o caminho para assegurar a vontade coletiva, mas não acontece descolada das transformações econômicas. A vontade coletiva é um processo que envolve a relação de forças, as alianças de classes que são formuladas para o enfrentamento da burguesia. Essas articulações expressam a superação dos interesses individuais, de organização dos movimentos espontâneos de massa, “para se tornarem ação diretiva no encaminhamento do processo hegemônico” (SIMIONATO, 1999, p. 225), que reforça tratar-se de um movimento marcado não pelo espontaneísmo, mas pela direção consciente.

Nesse universo gramsciano, aqui mediado por estudiosos de sua obra, o intelectual orgânico assume um papel fundamental como instrumento capaz de fazer a mediação junto às classes subalternas, na passagem do senso comum à consciência crítica, ou seja, no sentido de transformar o senso comum das camadas populares em

[...] bom senso, ajudando a canalizar suas carências em reivindicações, suas insatisfações e aspirações em participação, para que possa [m] emergir como sujeito do processo, capaz[es] de discernir e lutar pelos seus direitos, como participe[s] de uma vontade coletiva consciente (CAMARCIO, 1994, p. 52).

Nesse sentido, observa-se que “toda relação de hegemonia é necessariamente uma relação pedagógica que se verifica [...], entre as diversas forças” (GRAMSCI, 1978, p. 37), na busca de construir uma ideologia, nesse caso, da classe subalterna, “que se realiza tanto para afirmar a direção dessas classes quanto para superar a sua condição de subalternidade, construindo uma nova ordem social” (CARDOSO, 1995, p. 79).

A partir das reflexões aqui formuladas, o eixo desta discussão está no entendimento de a “sociedade organizada intervir nas ações do Estado, no gasto público, redefinindo-o na direção das finalidades sociais, resistindo à tendência de servir com exclusividade à acumulação de capital” (CORREIA, 2000, p.19). Nesta direção, procura-se qualificar outra concepção de controle social.

Com base no conceito de hegemonia gramsciano, Coutinho entende que essa “hegemonia implica a criação de blocos majoritários que se articulem em torno de questões de abrangência nacional (como a saúde), elaborando propostas globais de reformas que transcendam os interesses meramente corporativos” (1989, p.59).

Assim, vale registrar que a derrocada do golpe militar concorreu para o processo de redemocratização do país, responsável pela emergência de novas bases na relação entre Estado e sociedade civil, a partir da construção operada pelos movimentos sociais.

No contexto brasileiro, os movimentos sociais são fenômenos centrais na história e constituem os principais atores na conquista e ampliação de direitos civis, políticos e sociais. Nesse locus, em especial na área da saúde, surgem, no final da década de 1970, os Conselhos Populares na Zona Leste de São Paulo, que unificaram suas lutas com as Comunidades Eclesiais de Base vinculadas à Igreja Católica, e o Movimento Sanitarista, forçando uma nova relação entre Estado e sociedade, levando o Estado, ante às demandas, a responder com investimentos para a expansão da rede de atendimento básico. Vale sinalizar ainda, pela construção de novas bases na relação entre Estado e movimentos populares, as experiências dos orçamentos participativos em alguns municípios, com diretrizes do Partido dos Trabalhadores (PT) que inauguram a participação popular nas políticas públicas, nos projetos de gestão da cidade e de alocação dos recursos orçamentários (GONH, 2007; KAUCHAKJE, 2005).

A importância da participação popular, segundo Weffort (1984, p.113), opera mudanças e lutas para criar, no âmbito da democracia, “mesmo que em caráter parcial, os processos de participação que são típicos de uma revolução, ou seja, o caminho é mais participação, ou seja, mais democracia”.

A história da formação do Estado brasileiro é marcada pelo privilégio das elites econômicas, que sempre buscaram manter seu poder e ampliá-lo, daí sua posição contrária à construção de uma esfera pública democrática como espaço onde diferentes sujeitos postulam por direitos. Ainda, com todos os percalços, essa mesma história registra uma trajetória de resistência da classe subalterna aos mandos e desmandos das elites. Com mais intensidade nas últimas décadas, mesmo sob a ditadura militar, a participação popular foi decisiva no processo da redemocratização brasileira, materializada pelo desempenho dos movimentos sociais.

Assim, como já foi dito, o papel desempenhado pelos movimentos sociais forçou uma ampliação do Estado, ao adotar, como recurso de poder, a busca do consenso. Dessa maneira, os organismos associativos, populares, sindicais e partidários exercem um papel fundamental de direção e organização da ação política para a conquista da hegemonia das classes subalternas.

1.2 Estado, cidadania e democracia: eixos fundantes no controle social sobre a política social

Reafirma-se, por essa análise, a necessidade de discutir o papel do Estado, ao ser apreendido como “conjunto de relações, criado e recriado num processo histórico tenso e conflituoso em que grupos, classes ou frações de classe se confrontam e se digladiam em defesa de seus interesses particulares”. (PEREIRA, 2007, p. 26).

Isso implica dizer que o Estado esteve sempre associado à ideia de poder, em cuja base se ergueu e se desenvolveu a partir de determinantes e de processos relacionados aos diferentes modos de produção (escravista, feudal, capitalista, socialista), conforme as alterações ocorridas na “estrutura da sociedade e nas relações sociais correspondentes”, na visão de Pereira (2007, p. 26).

As colocações preliminares apontam para a importância de qualificar e situar o Estado no processo histórico. O Estado, ora abordado, situa-se no contexto do capitalismo.

Nesse contexto, buscam seus ideólogos: o italiano Maquiavel (século XVI), os ingleses Hobbes e Locke (século XVII), os franceses Montesquieu e Rousseau e os

americanos Madison, Hamilton e Jay, autores de O Federalista (até o século XVIII). Os clássicos da política do mundo moderno acompanharam a formação do Estado moderno, e as idéias, politicamente construídas por esses pensadores fundamentaram-se no combate ao Estado absolutista e deram suporte às Revoluções Burguesas, Industrial (a partir de 1750), Americana (1776) e Francesa (1789). E nesses processos revolucionários ocorreu o deslocamento do eixo do poder divino, soberano para o Estado de Direito, ao fortalecer a soberania do povo, o princípio da separação de poderes, da prevalência do princípio da legalidade e do jus naturalismo. Ocorreu a conquista dos direitos civis e mais tarde, a dos direitos políticos. Passou a prevalecer a visão de mundo da classe burguesa - liberalismo econômico e político², e só no século XX ocorreu a conquista dos direitos sociais (WEFFORT, 1993).

A visão liberal do Estado de Direito assim se delineia pelo primado de que a soberania do povo deve ser delimitada por leis que estejam acima dela e sejam invioláveis, indiscutíveis: o direito de propriedade, a liberdade da palavra, de expressão, de reunião, de associação; liberdades que, na prática, são gozadas apenas por quem tiver recursos suficientes para usufruir delas.

Nesse estágio de desenvolvimento do capitalismo, demarcado por lutas sociais empreendidas pelos trabalhadores visando alterar as relações sociais hegemônicas, estes buscam a “emancipação prometida pelo mundo moderno”, com base na concepção liberal de que todos os homens são iguais (COELHO, 1997, p.15). O Estado capitalista vai responder às demandas das questões sociais de maneira a assegurar sua sobrevivência, ao abandonar a posição de “árbitro social” para tornar-se interventor, ao regular a economia e a sociedade e empreender as ações sociais, dando origem ao *Estado de Bem-Estar Social ou Welfare State ou Estado Social* (PEREIRA, 2007, p. 30).

O Estado de Bem-Estar Social se processou mediante a intervenção do Estado nas políticas sociais, sem perder de vista que o processo tinha um caráter econômico, social e político que assegurava a continuidade nas relações de produção e, conseqüentemente, o controle das classes subalternas (BRAVO, 1996).

Na visão de Marx (1843), entretanto, ao estabelecer a crítica à Filosofia do Direito de Hegel, o Estado é um comitê de defesa dos interesses burgueses, mas relaciona a sua existência às contradições das classes sociais existentes na sociedade.

2 Esse modelo liberal clássico, do ponto de vista econômico passou a fazer a defesa da liberdade de mercado e da teoria da “mão invisível” de Adam Smith. Do ponto de vista político, defendia-se a idéia da presença do chamado “Estado-mínimo”, respaldando a burguesia para atingir seus fins econômicos (DURIGHETTO, 2007; VIEIRA, 2007).

A divisão da sociedade em classes constituiu base fundante do Estado, e sua principal função foi e tem sido conservar e reproduzir essa divisão, assegurando os interesses da classe dominante.

A partir de tal formulação, Marx, conforme Quintaneiro (1995), apontou também a possibilidade em que o proletariado se investe do estatuto de classe para si, capaz de se perceber como parte de um mundo que abriga relações diversas, antagônicas e conflituosas, ao se posicionar, diante desse antagonismo, na defesa de seus interesses.

Com base nesse entendimento, Gramsci buscou ampliar as formulações acerca da relação do Estado, ao tomar como base o princípio de que o Estado representa a força e o consenso. Dessa maneira, ao estar a serviço de uma classe dominante, ele não se mantém apenas pela força e pela coerção legal, sua dominação é mais velada, mas não menos eficaz. Ao lançar mão de aparelhos privados de hegemonia, o Estado mantém e reproduz-se como instrumento de uma classe, também construindo o consenso no seio da sociedade. Assim, Gramsci amplia a visão marxista de Estado; não invalida a categoria formulada por Marx, mas faz sua apreensão no sentido da conservação/superação. Essa ampliação refere-se, especificamente, à sua teoria ampliada de Estado, que

[...] comporta duas esferas principais: 1) a sociedade política [...] formada pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da violência e da execução das leis [...]. 2) a sociedade civil, formada [...] pelo conjunto das organizações [privadas] responsáveis pela elaboração e/ou difusão da ideologia. (COUTINHO, 2006, p. 35).

O que diferencia as duas instâncias é a função que exercem na articulação e reprodução das relações de poder, sem perder de vista ainda a organização da vida material, ou seja, não estão desvinculadas do econômico, pelo contrário, ambas atuam para conservar ou transformar uma determinada base econômica. O momento unificador das duas esferas realiza-se, segundo Coutinho (2000), pela supremacia, pois a sociedade política se constrói e se materializa numa relação de identidade-distinção com a sociedade civil. É pelo exercício da dialética, ou seja, do movimento estabelecido entre consenso-coerção, dominação-hegemonia, direção-ditadura, que se efetiva a referida supremacia.

Desse modo o estabelecimento, ou não, de formas mais democráticas ou autoritárias de relação entre Estado e sociedade civil depende não só dos processos de socialização da política, como também da correlação de forças instituída na luta de classes, na conquista da supremacia, principalmente no que se refere às condições de consolidação da autonomia material da sociedade civil. Ressalta-se, ainda, que a

constituição da sociedade civil e sua atuação dependem do grau de socialização da política que apresenta uma dada sociedade.

No bojo da sociedade civil, encontram-se os aparelhos privados de hegemonia, os partidos de massa, sindicatos, associações, movimentos sociais, etc., resultantes do alargamento da socialização da política. Isso demonstra que a sociedade civil constitui o Estado em sentido amplo por expressar relações de poder, em que diferentes classes lutam pela conquista da hegemonia ao buscar a direção política por meio do consenso e qualificar-se para o efetivo exercício do poder (COUTINHO, 2006).

Vale destacar que o Estado ampliado contrapõe ao Estado “restrito”, em que o poder é exercido sobre uma sociedade atomizada e despolitizada. O Estado “restrito” não deixa de ser capitalista, mas altera o modo pelo qual faz valer, prioritariamente, os interesses da classe burguesa ao impor limites à viabilização desses interesses. Em certas condições, em função da correlação de forças, impõe decisões que contrariam aos anseios burgueses para atender às demandas das classes subalternas.

É nessa configuração de Estado que se torna possível a viabilização da democracia e da cidadania.

A cidadania, tomada como expressão de luta, empreendida quase sempre a partir de baixo, pelas classes subalternas, vem denotar sua historicidade ao assumir um sentido conforme o tempo e o espaço. Constitui-se em um processo progressivo e permanente de construção de direitos democráticos que perpassa a modernidade, mas que conhece seus altos e baixos, sim, não é linear, tornando factível os embates com a lógica perversa do capital diante da conquista dos indivíduos de apropriarem-se “dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana, abertas pela vida social” (COUTINHO, 2000, p. 50).

Nesse sentido, por meio da mediação da cidadania como estratégia política, é que as classes subalternas vislumbram o horizonte de se constituírem novos vínculos e identidades sociais, redefinindo formas inovadoras de participação, criando condições para assegurar a igualdade política e social, ao inserir suas demandas, em especial a saúde, na agenda pública, e “generalizar interesses como interesses coletivos e instituí-los em direitos, contribuindo, por essa via, para o aprofundamento da democracia” (DURIGUETTO, 2007, p. 200).

A democracia, entendida como soberania popular, “é a presença efetiva das contradições sociais e institucionais que possibilitam ao conjunto dos cidadãos a parti-

cipação ativa na formação do governo e, em consequência, no controle da vida social” (COUTINHO, 2000, p. 49).

Assim, a democracia, numa concepção ampliada de Estado, corrobora para o alargamento da participação popular e da própria organização da sociedade civil. Dessa forma, a construção democrática explícita neste estudo não se refere à democracia liberal³, mas à democracia numa concepção socialista, ou seja, entendida como um processo e não como um estado definitivo.

O destaque que Coutinho (2006) imprime a essa concepção de democracia refere-se à socialização da política, que ocorre numa transição gradativa, paulatina, da própria relação Estado e sociedade civil. Essa construção é mais alargada ou restrita nas diferentes conjunturas, conforme as condições históricas, objetivas e subjetivas, ou seja, as objetivações são capazes de reconhecer essa explicitação e esse enriquecimento em diferentes formações econômico-sociais; tanto no capitalismo como no socialismo, o processo de democratização poderá e haverá de assegurar novos patamares.

Nesse sentido, para que o processo de democratização possibilite um alargamento da participação e uma maior socialização da política, é necessária a criação de novos institutos políticos que legitimem os interesses das classes subalternas. No caso, o controle social, instaurado com a Constituição Brasileira de 1988, suporte à viabilização das políticas sociais públicas, mediante os Conselhos de Direitos e de Políticas. Esses institutos devem ser consolidados no contexto da própria sociedade burguesa, capazes de construir as bases para a contra-hegemonia e de tornarem mais efetiva a cidadania política das classes em referência.

Coutinho (1989, p. 54) refere-se

[...] a possibilidade de, no interior da ordem burguesa, ainda sob a dominação de um Estado capitalista, ter lugar a representação de interesses (ainda que parciais) das classes subalternas, com a consequente formulação de políticas que respondam às demandas provenientes dessas classes.

No conjunto de tais institutos políticos, podem ser destacados os partidos de massa, os sindicatos, as associações, dentre outros. E, nesse contexto, os conselhos,

3 Na democracia liberal, o Estado reconhece e garante alguns direitos fundamentais, como são os direitos de liberdade de pensamento, de religião, de imprensa, de reunião, etc., fosse a democracia representativa ou parlamentar, na qual o dever de fazer leis diz respeito não a todo o povo reunido em assembleia, mas a um corpo restrito de representantes eleitos por aqueles cidadãos a quem são reconhecidos direitos políticos.

fóruns, comissões que contribuem para a organização das políticas públicas, principalmente a política social e, no caso, a saúde.

Assim, o Estado passa a lidar com novos sujeitos da sociedade civil e, nessa relação, sua atuação tende a se qualificar em função desses sujeitos e da sua origem. E o Estado se realiza como ente público, democrático e de Direito, aliado à concepção de democracia, na qual se situa o papel do controle social, pautado na efetivação de uma esfera pública em que a prioridade é o interesse público e a democratização do Estado.

A construção dos institutos mencionados é permeada pela capacidade organizativa dos sujeitos coletivos nesses espaços e pelo modo como suas reivindicações transformam-se em demandas efetivas a serem atendidas pelas políticas públicas e sociais. Esse atendimento vai sendo balizado pelo modo como se processam as forças produtivas no próprio capitalismo. A política social mantém um estreito vínculo com a política econômica e ambas estão intrinsecamente relacionadas ao desenvolvimento contraditório da história e do sistema capitalista. Nesses termos, a política social “é uma maneira de expressar as relações sociais, cujas raízes se localizam no mundo da produção” (VIEIRA, E. 1992, p. 22).

O mesmo ocorreu no processo de construção da política de saúde, ou seja, os sujeitos coletivos se inseriram nos espaços institucionalmente delimitados, como, por exemplo, os conselhos, e demarcaram na luta hegemônica e nos conflitos e contradições postos pelas conjunturas, pautas e reivindicações, dentre elas a luta pela Reforma Sanitária. Processo que vem sendo diretamente perpassado pela luta de classes e pelas condições históricas e objetivas em que se consolida o capitalismo e, nele, a construção dos direitos sociais.

Nesse sentido, o controle social constitui um dos referenciais que asseguram o exercício de cidadania. Supõe-se que tal exercício, caso se efetive, seja capaz de assegurar a construção da cidadania plena.

Pela centralidade que o controle social ocupa neste estudo, resgatou-se, aqui, o debate de suas diferentes concepções. A intenção, a partir daí, é qualificar a relação Estado e sociedade – por ser o nexos em que ocorre o controle social – contextualizada na história econômica e sócio-política brasileira, mediada pelas políticas sociais públicas, no caso, a da saúde.

E a partir do Movimento de Reforma Sanitária, outra possibilidade de controle social é projetada, pela construção da relação Estado e sociedade em bases demo-

cráticas. Essa luta, consolidada na Constituição Cidadã, veio assegurar que setores organizados da sociedade civil atuem junto à “gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes” (CORREIA, 2006, p. 6). Com esse entendimento, mas permeado por contradições e paradoxos, o exercício do controle social na política de saúde de Goiânia vem se construindo pela resistência aos desafios, como a não transparência do Fundo Social de Saúde, o sempre velado fantasma do projeto privatista e da mercantilização da política. Diante disso, a direção política do controle social, materializado pelo Conselho Municipal de Saúde, registra na sua história, que há uma busca diuturna de trabalhadores e usuários, pelo fortalecimento do SUS.

CAPÍTULO II

DA REVOLUÇÃO PASSIVA À DITADURA MILITAR: EXPRESSÕES DO CONTROLE SOCIAL NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE

No presente capítulo pretende-se situar a construção da política de saúde no Brasil a partir da gênese do sistema de proteção social brasileiro, ao explicitar as bases em que se efetivaram as estratégias de controle social na relação Estado-Sociedade. Observa-se, historicamente, que o Estado vem exercendo o controle social sobre a sociedade, na formação do estado brasileiro. Retoma-se, portanto, a trajetória da política social a partir da *era Vargas* até a *ditadura militar*.

Nessa conjuntura, a saúde ganhou novos contornos em razão das precárias condições sanitárias, que afetaram diretamente a qualidade da mão-de-obra. Foram adotadas medidas de saúde pública visando a modernização e a expansão de seus serviços por todo o país. Dentre as inovações destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública⁴, órgão vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, que incorporou o saneamento rural, a propaganda sanitária, a educação higiênica, a atenção materno-infantil, como preocupações do Estado, em resposta à crise do setor e também às pressões decorrentes das expressões da questão social (BIBLIOTECA VIRTUAL CARLOS CHAGAS, 2007).

Com a criação desse Departamento, ficou bem demarcado o espaço de intervenção do Estado, que buscava, ao adotar campanhas sanitárias, ampliar o poder de controle e regulação da União no campo da saúde pública, rompendo com o modelo anterior, descentralizado e voltado ao atendimento das particularidades de cada região. Conforme Pereira (2006, p.128), foram definidas estratégias locais de ação coletiva, assumidas pelas autoridades em resposta a situações calamitosas, como as epidemias⁵. Esses traços configuraram o perfil autoritário que caracterizou o conjunto das instituições de saúde pública no Brasil.

Se, contudo, na saúde pública ocorreu uma presença mais efetiva do Estado, na área de assistência médica individual as ações eram realizadas pela iniciativa privada,

4 Criado pelo decreto nº 3.987, de 02/01/1920. Juntamente com a campanha da vacina, que levou à revolta da população, podem constituir elementos fundantes da saúde pública brasileira.

5 A Constituição brasileira de 1891 assegurou serem as políticas sociais de responsabilidade dos Estados, incluindo as ações de saúde, saneamento e também de educação (HOCHMAN, 2005).

para aqueles que pudessem custeá-la; e para os pobres, indigentes, desprovidos de recursos financeiros, a assistência médica era realizada por entidades caritativas, filantrópicas, em especial pelas Santas Casas de Misericórdia (CARVALHO et al., 2001).

Apesar das características campanhistas da saúde no período, foram registrados, ainda que incipientes, os primeiros esboços do modelo médico assistencial, apesar de sua consolidação só ocorrer décadas depois. A instituição do sistema previdenciário brasileiro se deu em 1923, por sanção governamental - Decreto-Lei nº 4.682 - por meio da Lei Elói Chaves, que regulamentou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

Vale destacar que nesse contexto o Estado Social já se configurava como experiência histórica na Europa. No Brasil, fruto de lutas operárias e da influência de imigrantes foi-se constituindo a primeira modalidade de seguro previdenciário para trabalhadores de empresas; inicialmente para os vinculados às empresas de estradas de ferro; estendido depois para marítimos, portuários, dentre outros; e para o serviço público, como organização de direito privado, mas com a participação de recursos públicos. As CAPs foram organizadas em empresas com mais de 50 trabalhadores, nas quais havia a obrigatoriedade da sua criação – por meio de um contrato compulsório, sob a forma contributiva, com a prestação de benefícios e seguros de pensões, aposentadorias e assistência médica aos filiados e seus dependentes.

As CAPs constituíram-se em instrumento valioso à medida que asseguraram os benefícios, ao mesmo tempo que permitiram ao Estado manter o controle dos operários, pois “ a paz social do Estado corporativo pressupõe, assim, justiça do trabalho, salário mínimo, assistência social, seguro social” (IAMAMOTO, 2005, p. 239). Há, dessa forma, no período, a dimensão do controle social, ou seja, o controle dos trabalhadores, essa era a tônica.

A partir da criação das Caixas, ficou demarcado que ao Estado eram reservadas as medidas coletivas de saúde; os recursos destinados à sua operacionalização eram provenientes da arrecadação orçamentária; e a assistência médica individual era financiada, basicamente, pelas contribuições dos trabalhadores. O volume financeiro vinculado à massa de salários tornaria, rapidamente, a participação na gestão dos institutos importante recurso de poder, tanto para a burocracia patronal quanto para a burocracia sindical.

Essa intervenção, especialmente na saúde, produziu dualidades. O fato de a atenção médica estar associada à previdência social produz características “com pro-

fundas raízes históricas, a atual questão da busca da equidade no direito dos cidadãos à saúde “(COHN et al., 2002, p. 13). Para além desse fato, expressa o direito à saúde marcado pela distinção original de inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho, ao estar mais associado à esfera privada e não à pública. Nesses termos, a saúde não constituía direito do cidadão e dever do Estado, uma vez que seu acesso estava condicionado à inserção no mercado de trabalho formal, sendo uma porcentagem dos salários destinada a financiar a assistência médica(COHN; ELIAS, 1999).

Estudiosos⁶ identificam alguns aspectos que explicam as contradições presentes nesse modelo de proteção social brasileiro.

Ressalta-se, nesse processo, a importância de apreender a relação Estado x sociedade, mediada pela Política de Saúde, a ser compreendida a partir da expansão do capitalismo e do agravamento da questão social⁷, em decorrência do processo de industrialização e urbanização. Dessa maneira exige-se um redimensionamento do papel do Estado, com estratégias de enfrentamento da questão social, consolidadas em medidas de políticas sociais para intervenção nas relações sociais, que, historicamente, estão vinculadas ao surgimento dos movimentos populares do século XIX, na Inglaterra (VIEIRA, E., 2007; IAMAMOTO, 2005).

De um lado, as medidas de proteção social fazem parte do projeto do empresariado, interessado em assegurar um mínimo de estabilidade aos trabalhadores, ao minimizar as tensões no interior da classe operária em franca organização. Assim, a elite no poder antecipa e esvazia a efervescência do movimento operário, por meio de “um enfoque reformista da questão social, sob a forma de concessão de direitos” (MENICUCCI 2007, p. 63). Por outro lado, é uma resposta às demandas apresentadas pela classe trabalhadora, fruto de um longo processo de lutas que sinaliza para conquistas de direitos sociais. Esses direitos, talvez mais que os direitos políticos, são igualmente uma conquista da classe trabalhadora (COUTINHO, 2000). Contudo as políticas sociais que materializam tais direitos, ao planejar e definir as ações ignora esse processo. Afirmam ainda esses estudiosos que, historicamente, a criação e desenvolvimento da proteção social brasileira compõem o processo de reatualização, pelo Estado, das condições necessárias à preservação e aos desdobramentos da ordem social capitalista, por meio da reorganização dos fatores básicos de produção: capital x trabalho. Dessa maneira, o Estado, ao buscar a legitimação pelo jogo democrático,

6 Behring (2008); Cohn (1999); Coutinho(2006) ; Menicucci (2007); Pereira (2005)

7 Entendida como “expressão do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e do seu ingresso no cenário da sociedade, exigindo seu reconhecimento enquanto classe por parte do empresariado e do Estado” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1982, p. 77).

refuncionaliza as demandas/reivindicações da classe trabalhadora a seu favor, “para o interesse direto e/ou indireto da maximização dos lucros” (NETTO, 2001, p. 29), por meio de políticas sociais conservadoras, fragmentadas, esvaziadas da participação popular, focalizadas em problemáticas particulares, com redução dos direitos sociais e de fortalecimento dos interesses monopolistas. Isso demonstra que os direitos sociais não interessam à burguesia, que, em determinada conjuntura, pode até tolerá-los e tentar usá-los a seu favor, mas sempre tentando suprimi-los ou extingui-los, em momentos de recessão, por se colocarem contrários à lógica capitalista de maximização dos lucros (COUTINHO, 2005). A ascensão de Getúlio Vargas e sua estratégia de construção de um projeto nacional pelo viés da política social expressaram a tendência de controle sobre os trabalhadores, bem como o modelo adotado pelos militares.

2.1 A era Vargas (1930 a 1945): a saúde como outorga

A crise do capitalismo em 1929 de âmbito mundial, com reflexo no Brasil, precipitou a dissolução do liberalismo oligárquico, uma vez que nem a burguesia agrária exportadora nem a industrial conseguiu manter a postura liberal, resistindo à democratização do pacto, com a ampliação do processo de organização e reivindicação da classe operária.

Esse clima de descontentamento marca o início da década de 1930, e culminou com a reorganização do Estado e, segundo o historiador Boris Fausto (1975), foi divisora de águas na história do país.

No cenário político brasileiro, o poder era exercido pela *política do café com leite*, uma alusão ao domínio dos Estados de São Paulo e Minas Gerais, que dividiam a alternância da Presidência da República. Esse pacto foi rompido pelos paulistas, o que levou os mineiros a engrossar a fileira dos descontentes, abrigados na Aliança Liberal, que envolvia diferentes setores da sociedade brasileira: a elite urbana - as camadas médias, os tenentes e as oligarquias dos demais estados, ao se unir aos militares, conduziu à Revolução de 1930. Os desdobramentos da crise de 29 e da Revolução vieram configurar, no Brasil, o fim do projeto liberal pela instauração do capitalismo monopolista.

Para apreender esse processo, foram recolhidas as experiências construídas por Lênin, que ao estudar as revoluções burguesas, denominou de via prussiana a aliança da burguesia com o latifúndio, para preservar a estrutura agrária arcaica anterior. Nesse processo, o avanço industrial ocorreu com a manutenção das estruturas sociais conservadoras e a opressão à classe trabalhadora. A partir dessa apreen-

são, foi feita uma interlocução com a modernização ocorrida no Brasil pós-30, cuja via prussiana se desenvolveu sob intenso crescimento urbano e expansão industrial, além de alterar também o cenário agrário. O Estado é apropriado pela facção burguesa exportadora, de orientação liberal, fato que leva a um grande descontentamento das oligarquias agrárias regionais, que, insatisfeitas com o domínio das oligarquias exportadoras, aliam-se a facções burguesas urbanas emergentes - Aliança Liberal – ao remover o Estado Liberal e operar de cima o processo de modernização brasileiro, sob os moldes da burguesia e sem a participação das classes subalternas, denominado, por Gramsci, revolução passiva (VIANNA, 1976).

Essa categoria assume uma centralidade na obra do marxista Antonio Gramsci, formulada a partir da realidade da história italiana, mas que confere uma singularidade no contexto brasileiro, ao expressar a deflagração do processo de modernização capitalista, sem processar uma *revolução democrática burguesa* nos moldes jacobinos⁸. As mudanças operadas no interior do Estado, por meio de acordo entre frações das classes economicamente dominantes, alijaram do processo as forças populares, ao lançar mão de permanentes aparelhos repressivos e de intervenção econômica do Estado, acenando para uma solução passiva e antipopular (COUTINHO, 1987).

A formulação gramsciana apreende a dimensão política ultrapassando a econômica, ao expressar dois momentos, o da restauração, que consiste na reação à transformação de baixo para cima, e o da renovação, com incorporação de demandas populares pelas classes dominantes. Aliás, a revolução passiva em si é uma “resposta às demandas das classes subalternas”, ainda que elas não se expressem de forma organizada “capaz de torná-las protagonistas efetivas do processo de transformação” (COUTINHO, 1987, p.101).

Diante dessas considerações, na Revolução de 30 o Estado substituiu as classes sociais no protagonismo das transformações, como também conduziu “politicamente as próprias classes economicamente dominantes” (COUTINHO, 1985, p.113). Resultou em um sistema político excludente e dissimulado na fórmula corporativa, abrindo canais de participação controlados e manipulados pelo Estado. Contudo o processo não conduziu a burguesia industrial ao poder, mas assegurou apoio e estímulo para a expansão do setor industrial.

A ascensão de Getúlio Vargas, *pelo alto*, sinalizou o marco da configuração das políticas sociais brasileiras, explicitando uma concepção corporativista e clientelista

8 Uma alusão à Revolução Francesa: “os jacobinos, revolucionários radicais liderados por Robespierre e Saint-Just, expressão política e ideológica do *povo miúdo*” (COUTINHO, 2006, p. 15).

de política social e reafirmando a “necessidade” de controle sobre a classe trabalhadora, para sustentação do projeto de industrialização capitalista com a criação de um mínimo de direitos trabalhistas e sociais. O governo provisório caracterizou-se pela centralização, ao fortalecer o Estado, atraindo para esse projeto os militares e parte dos trabalhadores urbanos, com um discurso nacionalista e com o início de uma legislação trabalhista, ao mesmo tempo em que atingia os interesses das oligarquias. O início da década de 1930 marca a expansão do capitalismo brasileiro.

De um lado o declínio da elite agrária rural, em especial a cafeeira, de outro, a ascensão da burguesia industrial e o crescimento do operariado urbano. Em meio a esse contexto, o Estado buscou se firmar e definir sua atuação, tensionada pelo processo de industrialização, que conduz ao crescimento da classe trabalhadora, que se organiza para exigir respostas às suas demandas, especialmente nas áreas dos direitos trabalhistas e previdenciários.

A crise cafeeira contribuiu para acirrar as cisões regionais, contudo não houve hegemonia de nenhum grupo, o que explica a ausência de uniformidade na política econômica implementada, com adoção de medidas que contemplaram o processo industrial e também os interesses agrários tradicionais, em detrimento dos interesses e demandas dos trabalhadores (HOCHMAN, 2005).

A disputa política por maior espaço e influência no governo Vargas esteve bem presente até 1937.

A força dos trabalhadores, seja no meio urbano ou rural, começou a ser vista como ameaça à consolidação do Estado Novo de Getúlio Vargas. A classe trabalhadora, que começou a se organizar e exigir seus direitos ainda na década 1920, nesse contexto foi estimulada pela rápida propagação dos ideais comunistas, socialistas e anárquicos no Brasil. As novas demandas demonstravam, para o Estado, a necessidade de adotar medidas para conter as inquietações da classe trabalhadora, por meio da formulação e implementação de políticas sociais no país, como controle social, e por meio da institucionalização da política social, pelos serviços e ações pontuais.

O Governo Provisório tinha consciência da necessidade de fazer algo mais do que reprimir as manifestações operárias à bala e suspender as comemorações do 1º de maio. Não era mais possível, portanto, tratar a questão social como caso de polícia, mas, como assinala Bravo (2006a, p. 26), “a questão social nesse período precisava ser enfrentada de forma mais sofisticada, transformando-se em questão política e não de polícia”.

Até então o enfrentamento da questão social era feito nos moldes de um projeto conservador de sociedade, que se complementava com a perspectiva positivista defendida Augusto Comte: uma relação harmoniosa entre trabalhadores e patrões, visando soluções pacíficas para os conflitos decorrentes do capital X trabalho, vez que ambos deveriam agir de acordo com esses interesses, que eram superiores aos seus (CARVALHO, J.M., 2002).

Em resposta ao cenário de insatisfação e crise política, Vargas buscou fortalecer seu poder, por meio de um Estado centralizador e intervencionista pelo viés da política social. Ao mesmo tempo estruturou um sistema urbano de assistência médico-previdenciária, num contexto de maioria populacional rural, buscando fortalecer seu projeto político e de industrialização com o apoio dos proprietários de terra.

Nessa direção, foi criado o Ministério do Trabalho em 1930, logo após a ascensão de Vargas, com o propósito de alterar os rumos da política trabalhista, previdenciária e sindical, e de elaborar uma política sindical para conter a classe operária dentro dos limites dos interesses da burguesia (agrária e urbana) e do Estado, formulando uma política de conciliação entre o capital x trabalho.

Essa relação deveria ser harmoniosa, o Estado exerceria o papel de regulação e arbitramento e a organização sindical seria o alvo e o instrumento dessa harmonia. Assim, o sindicato não representaria os interesses dos operários e patrões, mas, sim, de cooperação entre as duas classes e o Estado (CARVALHO, J. M., 2002).

Com a criação do Ministério do Trabalho, a definição de política social envolveu a negociação entre Estado, trabalhadores e burguesia industrial. Estrategicamente, Vargas, percebendo a possibilidade de cooptação da classe trabalhadora urbana por meio de medidas de previdência social, criou o Sistema Previdenciário Nacional⁹, em que institutos separados atendiam a corporações específicas de trabalhadores urbanos (VIANNA, 1978).

Em face disso, “a fórmula de proteção à saúde inaugurada por Vargas era a de um modelo de seguro no interior do sistema previdenciário” (ARRETCHE, 2005, p. 287). Nessa direção, a política de saúde contribuiu para a construção da cidadania

9 Esse sistema foi inspirado no modelo bismarckiano, de seguro social via contrato, instituído na Alemanha entre 1883/1889, cujo principal intuito era desmobilizar a classe trabalhadora, pois sendo vinculado a um contrato de trabalho somente atendia pessoas empregadas, mediante prévia contribuição. De acordo com Viana (2007), as concessões trabalhistas atuavam como um controle social das greves e dos movimentos operários, instituindo um sistema de seguro social fundado no benefício de seguro contratualista, em vez de criar um Sistema de Seguridade Social público, garantidor de direitos na perspectiva universalizadora.

regulada ou ocupacional, conceito formulado por Santos (1979), centrado em um sistema estratificado profissional em que “são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações definidas e reconhecidas em lei” (SANTOS, W., 1987, p. 68). Estando, pois a noção de cidadania vinculada à de profissão, e os direitos do cidadão, ao local que ele ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei, restrito à área urbana e industrial, via mercado de trabalho. Se, por um lado, o Estado desenvolveu um processo de modernização econômica, social e institucional, por outro, impôs a incivilidade nas relações mediante a adoção de uma proteção social trabalhista restrita, descolada dos direitos políticos e de regras jurídicas, vinculada tão somente ao pertencimento corporativo. Dessa maneira, a política social adotada baseou-se na concepção de privilégio, não de direito, uma vez que excluiu segmentos importantes de trabalhadores urbanos, como os autônomos e os empregados domésticos.

É importante, contudo, reconhecer que a instituição da proteção social compõe o processo histórico de luta e organização da classe trabalhadora, por uma vida digna e melhores condições de trabalho.

Em 1933 as CAPs foram unificadas e incorporadas aos Institutos de Pensões e Aposentadorias (IAPs), com mudança significativa em sua estrutura. Inicialmente a inserção do trabalhador era por empresa, com os Institutos, tornou-se por ramo de atividade.

Se, antes, a contribuição dos empregadores incidia sobre o faturamento da empresa, no novo modelo ocorre sobre a massa de salários, mantendo-se inalterada a contribuição dos trabalhadores. Dessa maneira, condicionou o seguro social dos trabalhadores aos “interesses econômicos e políticos das classes dominantes, na razão inversa de sua capacidade de organização em defesa de seus interesses” (COHN; ELIAS 1999, p. 19).

Os Institutos tinham como objetivo principal a concessão de seguros vinculados às aposentadorias e pensões. Já a prestação de serviços de saúde, restrita, refletia a tendência privatista do Governo Vargas, ao não reconhecer a atribuição das instituições previdenciárias e restringir os investimentos financeiros públicos destinados à assistência médica, obrigando os institutos a comprá-la de pequenas instituições privadas (FONSECA, 2007). O acesso a essa assistência foi condicionado à disponibilidade de recursos; os gastos com a saúde, limitados a 12% da receita da Previdência Social; e a contribuição dos trabalhadores, baseada nos salários, assegurando às categorias mais bem remuneradas uma arrecadação maior e, conseqüentemente, acesso a serviços de melhor qualidade.

Pressionado pela conjuntura de crise e para atendimento da parcela da população não inserida no mercado de trabalho, o governo cria o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Sua criação¹⁰ ocorreu em um contexto de instabilidade política advinda da Revolução de 1930, com rebatimento em âmbito nacional, fruto da pressão e articulação dos políticos - representantes da oligarquia mineira - e dos anseios já expressos pelo movimento sanitaria da Primeira República (HOCHMAN, 2005).

Interesses foram acomodados com o atendimento das áreas de educação e saúde. Na área da saúde, o modelo de gestão adotado pelo Ministério priorizou o combate às grandes endemias e aglutinou em torno de si as esferas dos governos federal, estadual e municipal. Esse modelo persistiu por razoável período de tempo.

O processo de criação do MESP, segundo Fonseca (2007, p. 42), expõe

[...] rede de interesses construídos a partir da combinação do jogo político nacional com as disputas regionais, a conseqüente alternância de dirigentes da nova pasta e as próprias divergências identificadas entre os diferentes ministros contribuíram para o adiamento da definição de um programa político para a área da saúde pública. O uso que Getúlio fez do cargo ministerial como barganha política atesta a importância atribuída ao MESP no quadro político nacional [...] Por outro lado, foi essa mesma relevância que tornou o novo ministério mais permeável a influência de interesses políticos, prejudicando o desenvolvimento de medidas efetivas para o setor no decorrer desses primeiros anos.

Se, por um lado, a criação do MESP foi uma barganha política, por outro, constituiu-se em uma das estratégias de Getúlio Vargas para fortalecimento do projeto de construção do Estado, ao implementar a política de saúde de caráter público:

[...] a esse ministério caberia a prestação de serviços aos identificados como pré-cidadão: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais; em outras palavras, todos os inabilitados a usufruir os serviços oferecidos pelos órgãos previdenciários (FONSECA, 2007, p. 42)¹¹.

O MESP herdou o modelo de centralização normativa da década de 1920, e foi além, com descentralização em âmbito nacional, para atender à área rural, excluída do sistema previdenciário vigente. Esse perfil de gestão expressou o projeto político-

10 Criado pelo Decreto nº 19402, de 14 de novembro de 1930, como Secretaria de Estado, com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro - DF, 1930 (FONSECA, 2007).

11 O reflexo desse jogo de interesses reflete na alternância de ministros à frente do órgão, entre 1930 e 1934, respondendo sucessivamente pela pasta Francisco Campos, Belisário Pena e Washington Pires. Vale salientar que todos eram mineiros. A alternância no comando do MESP foi decorrente das disputas político-partidárias de Minas Gerais e retrata o período conturbado marcado por instabilidade política e pela necessidade do governo varguista de construir acordos que atendessem a seus interesses e lhe garantisse domínio do jogo político-partidário (FONSECA, 2007).

ideológico do governo, de construção do Estado nacional brasileiro, ao adotar mecanismos de integração das três esferas administrativas – federal, estadual e municipal (HOCHMANN, 2005). Até 1934, o MESP manteve a estrutura de sua criação, com a saúde pública centrada no Instituto Osvaldo Cruz e no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com prioridade para as ações vinculadas à saúde materno-infantil e psiquiatria.

No âmbito da saúde pública, as ações não se constituíram em legítimas demandas da população, não havia reivindicação por ações de saúde nem movimento associativo e organizacional em seu favor. Esse aspecto contribuiu para o provimento da política social descolada da noção de direito, uma vez que esse bem coletivo por natureza não foi apreendido e “interpretado como um direito, como ocorre nos contextos democráticos, mas como outorga de um poder benevolente, que discricionariamente decide como provê-lo” (FONSECA, 2007, p. 10-55). Em contrapartida, na política previdenciária a ação do Estado respondeu às demandas da classe trabalhadora, a partir da relação entre Estado, trabalhadores e empregadores na definição da ação previdenciária.

Quanto à institucionalização e consolidação da saúde pública, na perspectiva de um bem coletivo, é iniciativa direta do executivo investir nesse setor, respaldada pela articulação entre União, Estados e Municípios.

Na ausência de um processo de luta coletiva que reivindicasse saúde pública, o Estado antecipou e respondeu, ao investir no setor com planejamento, organização e implementação de um amplo arcabouço institucional. Estruturou serviços abrangentes de saúde e com universalidade em vários estados do país, destinados à população em geral. Isso os diferenciou da assistência médica praticada pelo MTIC, voltada exclusivamente para a população inserida no mercado formal de trabalho, com perfil privatista e individual, por meio da participação direta da categoria profissional. Vale salientar que essa distinção reforçou o direito social privilegiado, por ser restrito a uma parcela de cidadãos cuja atividade profissional era reconhecida.

Em relação ao MESP, o modelo adotado estabeleceu uma separação entre noções de direito à saúde e seu usufruto (FONSECA, 2007). Essa distinção fortalece a cidadania passiva, por ser outorgada pelo Estado; ao cidadão é imposta a condição de consumidor ou usuário, contribuinte, contrapondo-se à cidadania ativa, na qual o cidadão é reconhecido como sujeito portador de direitos e deveres, participante da esfera pública e criador de novos direitos para assegurar espaços de participação (BENEVIDES, 1991, 2001).

Para usufruir efetivamente de direitos, pressupõe-se tanto o acesso de grupos às esferas públicas quanto a vontade política dos governantes na definição, no planejamento e nas tomadas de decisões. Esses princípios orientam todos os direitos, sobretudo os sociais. A luta por direitos expressa o avanço da civilização e da democracia, porém sua “potência somente se explicita quando se politiza”, ou seja, os processos reivindicatórios somente acontecem por meio dos “conflitos sociais, jogos institucionais e postulações de autoridades e de poder” (NOGUEIRA, M., 2005, p. 62). Sob a luz da política e das funções *hegemônicas positivas* é que os direitos se materializam: tudo que vier de práticas que privatizam o que é público, de direitos orientados pela lógica do mercado, retira dos direitos a capacidade de emancipação.

Registra-se também que direitos que recriam desigualdades, como, por exemplo, em razão da inserção no mercado formal, são direitos que não abrangem o caráter de universalidade e impõem uma barreira social para os não cidadãos, aqueles sem vínculo de trabalho formal, identificados como não iguais, privados da existência cívica por não serem detentores de uma carteira de trabalho assinada. Para eles é reservada a assistência social não para assegurar uma vida digna, mas para sobreviver dentro da miserável condição de vida (TELES, 2006).

Para Teles (2006, p. 97), “trabalho e pobreza transformam-se em dois modos antinômicos de existência social”, inseridos dentro das prerrogativas do trabalhador, que, ao demonstrar capacidade para a vida em sociedade, tem o privilégio da proteção social do Estado. E o pobre, o não cidadão, desvalido, carente, faz da ajuda a forma de se manter na sociedade.

Tais circunstâncias perduraram por muitas décadas e marcaram as configurações das políticas sociais brasileiras. Tratava-se de um modelo que não construiu a figura moderna de cidadão, como sujeito moral e soberano, consciente de suas prerrogativas políticas na sociedade, mas de um cidadão sem identidade própria, cujos direitos eram vistos como barganha, benesse, caridade ou favor. Descaracterizava-se, assim, da noção de direito, ao desvincular-se do parâmetro da justiça social e da igualdade, com equidade e participação política (VIANA, 2007).

Isso demonstra a dualidade que marcou o processo histórico da política de saúde no Brasil, com base na institucionalização de dois perfis e campos distintos de gestão (público e privado), ao expressar as contradições e dicotomias que atravessaram as políticas sociais brasileiras, especialmente nessa área. Evidencia-se, mais uma vez, a concepção de controle social adotada no período, ou seja, pelo viés da privatização do público.

As mudanças foram intensificadas a partir da ascensão de Gustavo Capanema (1934 - 1945) ao Ministério da Saúde, em 1934, considerado um marco no processo de construção institucional da saúde pública como política estatal.

A ascensão de Gustavo Capanema ao comando do MESP coincidiu com a promulgação da Constituição brasileira de 1934 e assinalou um contexto de divergências políticas, de desequilíbrio entre executivo e legislativo. Esse gestor apresentou proposta de reforma ao Congresso, marcado por complexa composição, onde os interesses locais tinham como instrumento de poder e manifestação uma ampla gama de partidos e representantes (FONSECA, 2007, p. 132).

A reforma proposta por Capanema apontou para a interiorização das ações de saúde, tendo como ponto de referência as capitais. Nas palavras do médico Celso Arcoverde, “elas conduziram o poder público para longe do asfalto e do ar-condicionado”. Isso demonstra que o governo enfrentou a organização política local e os interesses das elites regionais, com “um desenho institucional centralizador, abrangente e com perspectivas universais”, ao assegurar a expansão dos serviços por meio de uma rede bem organizada (FONSECA, 2007, p. 173 e 175).

Em 1937, com o golpe de Vargas, instalou-se o *Estado Novo*, com fechamento do Congresso Nacional e extinção dos partidos políticos. Tem início o populismo, uma legitimação carismática da ditadura varguista, que prossegue por um longo período na política brasileira. Foi um governo de perfil centralizador, com acirramento das idéias de nacionalismo, de modernização conservadora e integridade econômica. Sob influência do cenário internacional, de ideologias antidemocráticas, defendeu “dissociar a política partidária das arenas de decisão governamental” (SOUZA, 1983, p. 65).

No âmbito da saúde, foram adotadas medidas para fortalecer a centralização normativa e o papel da União na ampliação dos serviços de saúde em todo o país, sem perder de vista o projeto ideológico do Estado Novo, que, de um lado, atendia às necessidades de saúde colocadas pela conjuntura e, de outro, os interesses políticos do Ministério.

Para atender tais objetivos, foram criados os distritos sanitários, com unidades de saúde fixas ou itinerantes, a fim de assegurar ampla cobertura de cidades e regiões do país (FONSECA, 2007; HOCHMAN, 2005).

Gradativamente foram ampliadas as atividades, bem como a formação de profissionais com capacitação técnica, em especial enfermeiros, médicos, farmacêuticos, incluindo-se a especialização em enfermagem em Saúde Pública; sanitaristas, visi-

tadores, engenheiros sanitários (voltados para o saneamento), guardas sanitários; criadas carreiras públicas federais, reforçando as diretrizes da política de saúde, bem como de controle social.

No que tange à educação continuada, foi celebrada parceria com a Fundação Rockefeller,¹² que envolveu instituições e técnicos americanos para o desenvolvimento de ações junto aos serviços de saúde. A cooperação respondeu por três serviços: o Serviço de Malária do Nordeste, o Serviço de Febre Amarela e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

A presença norte-americana contribuiu para a estruturação dos serviços e a difusão de certos princípios orientadores das atividades de saúde pública, em especial a educação em saúde e o estabelecimento de Centros de Saúde. Esses serviços eram prestados principalmente na área rural, no incremento da saúde pública no interior do país, ao introduzir técnicas de educação sanitária - a educação de grupos, recursos audiovisuais e do Desenvolvimento e Organização da Comunidade (DOC) (HOCHAMAN, 2005).

Os métodos e técnicas utilizados nesse modelo norte-americano, segundo Iamamoto e Carvalho (2005, p. 354), expressam

[...] formas de participar das mudanças, mas não se avança muito além do enunciado. Assim, as posições definidas se orientarão, basicamente, para uma perspectiva modernizadora e de um reformismo muito tímido, quando não se limitam à constatação da necessidade de reformas. Procuram-se soluções técnicas para os grandes problemas estruturais: órgão nacional de coordenação e planejamento; a definição de uma *política social* e a fixação de diretrizes básicas de atuação, muito pouco adiantando em termos de medidas concretas.

E, a partir do tripé: institucionalização, burocracia, profissionalização, delineou-se o papel da saúde no processo de construção do Estado e da Nação; “em particular organizou, centralizou e profissionalizou a saúde pública, mantendo-a fortemente associada ao ideário de construção da nacionalidade por meio de um Estado forte e autoritário” (HOCHAMAN, 2005, p.139).

Apesar de não ser objeto deste estudo, são importantes algumas considerações sobre o enfrentamento das expressões da questão social nesse contexto. Se, por um

12 Sua atuação no Brasil teve início em 1915, no desenvolvimento dos serviços médico-sanitários e científicos. Mas seus interesses iam além do intercâmbio de informações científicas sobre as epidemias; buscou introduzir suas concepções no ensino médico e estabelecer seu modelo de educação médica no Brasil. Vale ressaltar ainda a tentativa de consolidar a hegemonia norte-americana, influenciando nas políticas internacionais, em especial na América Latina. A política imperialista financiou projetos de impacto social nas cidades e regiões produtivas rurais brasileiras. O processo de extração da borracha para ser exportada para os Estados Unidos reflete sua política intervencionista (VASCONCELOS, 2000).

lado, Vargas adotou, pelo viés do assistencialismo, estratégias de regulamentação dos conflitos sociais (GONH, 2004), por outro, elas se constituiriam na base fundante do Serviço Social.

A questão social pela caridade e benesse: Getúlio pai dos pobres e mãe dos ricos¹³.

O agravamento da questão social¹⁴ em decorrência do modelo econômico exigiu resposta do Estado, que veio com ampliação das políticas sociais. Nesse quadro, condições históricas e objetivas concorreram para a criação do Serviço Social, que surgiu em 1936 como uma estratégia da Igreja Católica em São Paulo. Enraizado na questão da assistência, entendida como espectro da assistência pública, compreendia serviços de saúde, educação, habitação, dentre outros; foi implementado por organismos estatais em fábricas e instituições privadas. A atuação do assistente social ocorreu por meio da prestação de serviços sociais, ao atuar na vida cotidiana dos trabalhadores e ao exercer uma ação educativa de cunho político ideológico (IAMAMOTO, 1987). O processo de profissionalização e legitimação do Serviço Social está estreitamente ligado à expansão das grandes instituições sócio-assistenciais estatais e paraestatais que surgiram na década de 1940.

Esse modelo de proteção social brasileiro instituiu-se na verdade em um arranjo, com características tuteladora e populista, estando ausentes as garantias dos direitos de cidadania, sinônimo de tutela do Estado e de benemerência, reforçados pelas obras de caridade, filantropia e clientelismo das primeiras damas. Nesse sentido, foi criada, em 1942, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), para atendimento das famílias dos pracinhas que atuaram na Segunda Guerra Mundial, sob as benesses de Darci Vargas, instauradora do primeiro-damismo. Mas, aos poucos, tem sua ação ampliada pelo modelo econômico brasileiro, responsável pelo inchaço urbano, que levou a uma pauperização relativo/absoluta da população, exigindo iniciativas mais complexas por parte de entidades assistenciais (esfera pública) e filantrópicas (VIANA, 2007).

A questão social, contudo, não recebeu do governo a mesma atenção dispensada à área econômica. Como afirma Pereira (2006), a política social brasileira era algo obscuro, aconteciam barganhas populistas entre Estado e parcelas da sociedade, e a questão social era transformada em querelas reguladas jurídica e administrativamente, ou seja, despolitizadas.

13 Expressão já utilizada nos meios acadêmicos.

14 "A questão social nos grandes centros urbano-industriais (decorre), assim, do crescimento numérico do proletariado, da solidificação dos laços de solidariedade política e ideológica que perpassam seu conjunto, base para a construção e para a possibilidade objetiva e subjetiva de um processo alternativo à dominação burguesa" (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, p.127).

O modo como os setores hegemônicos operam a questão social é pela teoria da integração social. Dessa maneira são reforçadas as desigualdades sociais, e as políticas sociais não são concebidas como conquista, mas como concessões do Estado e do capital, reproduzindo a *ideologia do favor*, caracterizada por formas paternalistas e clientelistas de relações, aliadas a um modo de atendimento, por parte do Estado, orientado pela benesse e a filantropia (PASTORINI, 2007, p. 93). Assim, não era reconhecido o protagonismo das classes trabalhadoras no contexto das lutas políticas, a política social não era um direito de cidadania, mas uma concessão do Estado, ao transformar os usuários, portadores de direitos, em assistidos ou beneficiários dos serviços e benefícios, sob a forma de políticas sociais e/ou programas paliativos, compensatórios, emergenciais e focalizados.

Esse período marcou também a consolidação do mercado nacional de trabalho para o assistente social, pelos aparelhos burocráticos administrativos estatais, setores geridos pelo capital, deflagrada desde 1940 no bojo do processo de desenvolvimento das grandes instituições sociais, implementadas no ocaso do Estado Novo (NETTO, 2005).

A queda de Getúlio Vargas em 1945 e a ascensão de Eurico Gaspar Dutra foram influenciadas por questões internacionais, sobrepondo-se a contradição entre fascismo e democracia, ao expressar a luta pela hegemonia política mundial configurada no pós-guerra (SOUZA, 1983).

2.2 Populismo e desenvolvimentismo (de 1945 a 1964): saúde não é primazia do Estado

Os fenômenos populistas estão inseridos nos movimentos de massas, partidos políticos, governos ou regimes, sobressaindo o “paradoxo das alianças de classes”. Em todas as situações, os fenômenos populistas remontam a coalizão de classes antagônicas entre si (IANNI, 1973, p. 7).

No período (1945 a 1964) assistiu-se, no Brasil, ao populismo dos governantes, das cúpulas, dos políticos profissionais, dos demagogos e dos pelegos¹⁵, dos técnicos

15 Termo utilizado para designar o dirigente sindical que defende, entre a classe trabalhadora, as orientações do Ministério do Trabalho, cumprindo assim o papel de intermediário entre os sindicatos e o governo. Em seu sentido próprio, a palavra designa a pele de carneiro que é colocada entre a sela e o corpo do cavalo com a finalidade de amaciar o contato entre o cavaleiro e o animal.

Na maioria das vezes os dirigentes pelegos transformam o sindicato em um órgão essencialmente assistencial e recreativo, esvaziando seu papel de reivindicador de melhores salários e condições de trabalho. Em muitos casos os pelegos mantêm sindicatos chamados “de fachada” ou “de carimbo”, entidades sem existência real que sobrevivem à custa do imposto sindical obrigatório recolhido de cada trabalhador, sindicalizado ou não. Muitas vezes o termo pelego é usado para designar dirigentes das federações e confederações sindicais, que têm acesso direto ao Ministério do Trabalho e vivem à sua sombra (CEDOC/FGV, São Paulo, 2008).

e dos burocratas, que manipulavam ou instrumentalizavam as massas, com discursos em favor de reformas e da política de bem-estar social, cuja ênfase “insiste na harmonia das classes sociais e na preeminência do povo e da nação”. O ideal de desenvolvimento econômico, em especial o industrial, depende da “paz social, da harmonia entre a burguesia e o proletariado, da cooperação entre capital e trabalho” (IANNI, 1973, p. 7 e 9). Ressalta-se ainda que a consciência social das massas populistas era bastante influenciada pelo desenvolvimento nacionalista, e dessa ideologia consiste a aglutinação das forças sociais e políticas aliadas ao pacto populista.

Esse contexto da história brasileira foi marcado por muitas turbulências políticas. O Estado utilizou-se do populismo como forma de assegurar sua organização política de sustentação do poder, com apoio da classe trabalhadora, com adoção de medidas demagógicas, bem como da concepção de um Estado desenvolvimentista e de bem-estar social, responsável pelos cidadãos, mediante um maior investimento de recursos financeiros nessa área.

Por um lado, a conjuntura fortaleceu a emergência de novas forças sociais na vida nacional, fez crescer a camada urbana dominada pelos operários da indústria, pelos trabalhadores braçais, dos serviços públicos e pelos operários do setor terciário. Por outro, o surgimento dessas classes impôs maior pressão sobre o Estado e o mercado, reivindicando uma maior participação política dos cidadãos na vida social brasileira (YASBECK et al., 1985).

Apesar de ocorrerem alternâncias de presidentes, as práticas fortaleciam a concepção de saúde como ausência de doença, escamoteando a sua relação com as condições gerais de vida e trabalho da população, reforçando a medicalização para atenuar o resultado da exploração (LUZ, 1981).

Em face do modelo de política de saúde centrado na ótica do trabalho corporativo, o modelo médico clínico, com ações puramente curativas, foi adotado pelo Estado ao responder precariamente às demandas por atenção à saúde.

Sob esse olhar, estudiosos¹⁶ reafirmam o importante papel das políticas sociais como elemento constitutivo de cidadania e negam a exclusão social imposta pela estruturação do poder político. Reconhecem o caminho inverso imposto pelo Estado liberal, submetendo à política social as exigências da política econômica, tornando-a centralizadora e reforçando o clientelismo e o populismo. A perspectiva liberal sempre

16 Pereira (2006); Oliveira (1987); Behring e Boschetti (2008).

tomou a política social como componente da mercadoria e da força de trabalho, respaldando um modelo altamente excludente.

Os princípios econômicos orientaram as políticas sociais brasileiras especialmente no período de 1930 a 1964. Valores como justiça social e equidade foram submetidos aos interesses da maximização econômica. A política social não foi tratada com centralidade, e a questão social, despolitizada, ainda que ao longo do período tenha ocorrido uma intensificação dos movimentos populares, reivindicando maior participação na vida política e melhores condições de vida. Isso resultou em uma politização crescente, fomentou a organização das massas camponesas e urbanas, atingindo uma parcela significativa da classe média, do proletariado e dos estudantes universitários (YASBECK et al., 1985). Tais segmentos mostravam-se insatisfeitos com a conjuntura de crise e reivindicavam mudanças socioeconômicas; no entanto a burguesia defendia a internacionalização da economia e das finanças brasileiras (LUZ, 1991).

Concomitantemente, a medicina privada esboçava descontentamento com os governos estaduais e tentava conter a ampliação da rede hospitalar pública, por julgar que o governo deveria subsidiar, por meio de empréstimos a juros baixos, a formação de uma ampla rede de serviços de assistência médica privada, que se encarregaria de vender seus serviços “à população, aos institutos de aposentadoria e pensões e ao próprio governo” (BERTOLLI FILHO, 1999, p. 43). Sem dúvida buscava o desenvolvimento de um Sistema de Saúde fundamentado na capitalização da medicina e na sua produção privada.

A isso acrescenta-se, ainda, a duplicidade assistência/previdência, reforçada pelo fortalecimento dos princípios curativos, individual, assistencialista e especializado, sobrepondo-se às formulações da saúde preventiva, de qualidade (CARVALHO et al., 2001).

Nessa direção, busca-se resgatar a política de saúde durante os governos Dutra, Vargas, JK, Jânio e Jango. A análise do período identifica semelhanças de gestões, em especial na política de saúde. Ocorreu uma oscilação nos investimentos destinados a essa área - aumento (pequeno, é verdade) e às vezes redução. O foco central recaiu sobre ações campanhistas, para manter sob controle, em especial as doenças de massas. Contudo as medidas não promoveram mudanças profundas no bojo da política social, por não se configurarem em prioridade governamental. A adoção de ações pontuais para cada questão, umas se sobrepondo a outras, favoreceu a burocracia, o desperdício financeiro e a baixa eficácia dos serviços (VIEIRA, E. 1987).

O quadro a seguir demonstra as características gerais e da política de saúde dos governos do período 1945 -1964.

Características da Política de Saúde/por governo

Governo	Características gerais	Política de saúde
Dutra 1945-1951	<ul style="list-style-type: none"> - conjuntura internacional pós 2ª guerra; - política de repressão sindical; - decreto da ilegalidade do PCB; - Plano Salte. 	<ul style="list-style-type: none"> - ações campanhistas; - assistência médica individual, o acesso condicionado ao contrato de trabalho e caráter contributivo; - serviços prestados atendiam critérios por categoria, quantidade dos serviços e participação (contribuição).
VARGAS 1951-1955	<ul style="list-style-type: none"> - valorização da condição humana, pelo viés da política social. 	<ul style="list-style-type: none"> - criação do Ministério da Saúde em 1953; - fortalecimento do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP): financeiro e de organização, conduzindo grandes ações campanhistas; - prioridade da educação sanitária, fiscalização e profilaxia dos portos e aeroportos e proteção à maternidade e à infância; - construção de hospitais e melhorias dos existentes; - aumento de investimento na saúde; - ações paralelas favorecendo a burocracia, o desperdício financeiro e a baixa eficácia dos serviços.
JK 1955-1960	<ul style="list-style-type: none"> - a expressão da retórica internacionalista, apoiada em novo padrão de investimento do capital estrangeiro no Brasil; - liberdade democrática, forte interferência de agências norte-americanas, em especial na economia, com grandes obras; - aumento dos gastos públicos, da dívida externa; - promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (1960), sob pressão do movimento sindical. 	<ul style="list-style-type: none"> - parceria com a Fundação Rockefeller voltada para a educação médica, priorizando as grandes endemias e formação de recursos humanos para a saúde; - enfrentamento dos problemas de saúde pública de forma setorial, a partir de demandas; - saúde pública, o foco central recaindo sobre ações campanhistas, visando manter sob controle as endemias rurais, em especial as doenças de massas como malária, boubá, varíola, tuberculose.
Jânio 1961	<ul style="list-style-type: none"> - discurso em favor da moralização e austeridade na vida pública, promoção do bem-estar social, independência da política externa, bem como reafirmação da soberania nacional; defesa de uma política externa independente, mas, internamente, desenvolvimento de uma política conservadora e alinhada aos Estados Unidos; - falta de apoio da classe trabalhadora; - renúncia ao cargo, após sete meses da posse. 	<ul style="list-style-type: none"> - controle das endemias e construção de novas unidades sanitárias; - aumento dos recursos financeiros em 2,4%, porém inferior aos investimentos dos estados.
João Goulart 1961-1964	<ul style="list-style-type: none"> - linha nacionalista; Plano Trienal/Desenvolvimento Econômico Social: Reforma de Base: agrária, urbana, educacional, eleitoral, tributária; - apresentação de propostas progressistas, sem, contudo, avanço na área dos direitos sociais; - golpe militar. 	<ul style="list-style-type: none"> - aumento dos recursos financeiros; - controle dos preços dos medicamentos; - ações campanhistas; - intervenção setorial de acordo com demanda apresentada.

Fonte: Quadro elaborado por essa pesquisadora.

Simultaneamente às ações do governo, a assistência médica se manteve prestada pelas instituições previdenciárias, cujas soluções propostas limitavam-se às carências do setor, ou seja: prevaleceu o atendimento individual, demonstrando o caráter da assistência de assegurar a manutenção e reprodução da força de trabalho cada vez mais urbana e fabril, como um mecanismo de controle das tensões sociais e da força de trabalho (CORDONI JÚNIOR, 2006).

Registra-se, ainda, que ocorreu o fortalecimento da esfera privada, com expansão da estrutura de atendimento hospitalar com fins lucrativos, sinalizando na direção da formação de empresas médicas. Bravo (2001, p. 5) destaca:

A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos.

Nesse contexto ocorreu uma forte interferência de agências norte-americanas, em especial na economia, quando se registraram obras faraônicas, contrapondo pífios resultados das ações na área social, ainda que tenha sinalizado o deslocamento do eixo trabalhista para a área social.

Entre as agências americanas, a Fundação Rockefeller tinha um projeto bastante ambicioso, para além de uma parceria de cooperação no enfrentamento de agravantes da saúde nos países subdesenvolvidos. Durante a realização de uma conferência, na década de 1950, voltada para a saúde (Industry and Tropical Health/Nova York), o discurso de abertura expressa bem seus reais interesses:

Se melhorarmos os níveis de saúde, podemos ampliar a produção industrial, robustecer nossas forças militares, manter alto o moral de todo o nosso povo e provarmos a nós mesmos e ao mundo a integridade e a justiça da democracia. Se melhorarmos a saúde, podemos derrotar a aziaga ameaça do comunismo. Além disso, e este é o pensamento central de nossa conferência, nós os países representados aqui, estamos em condição de levar adiante a causa da democracia muito além das nossas próprias fronteiras, promovendo a saúde no setor industrial e comunitário naqueles países em que temos influência, principalmente nas regiões subdesenvolvidas no mundo. (NUNES, 1989, p. 217).

No início de 1960 a assistência médica à saúde passou a consumir mais investimentos do Estado, em decorrência do processo de industrialização, que favorecia a urbanização e a ampliação do número de trabalhadores assalariados, que começaram a pressionar por reformas de base também na saúde (LUZ, 1981).

Isso implicava alterações da prática médica, que buscava atender às necessidades individuais e de acordo com os grupos sociais a que se dirigia. Em relação às

demandas apresentadas pelos operários, a assistência médica atuou para “manter e reproduzir a força de trabalho e requer que a prestação de serviços mantenha-se desligada do nível político” (LUZ, 1981, p. 207), ou seja, longe dos canais de decisão. Nesse momento já se sinaliza uma organização dos trabalhadores, o que impulsiona alterações no modelo proposto para a saúde, em decorrência da conjuntura.

No final do período, o país estava mergulhado na crise econômica, e, para enfrentá-la, a equipe econômica do governo implementou o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social, com objetivo de controlar o déficit público, conter a inflação e ainda qualificar pessoal técnico para atender às necessidades daquele contexto.

As propostas de Reformas de Base sinalizaram para a política social progressista, o fortalecimento das empresas estatais, a encampação das refinarias de petróleo particulares e a possibilidade de desapropriação das propriedades privadas, valorizadas por investimentos públicos, situadas às margens de estradas e açudes.

O fortalecimento dos movimentos populares, pelo aumento de poder dos trabalhadores urbanos e pela crescente organização das massas rurais, intensificou as pressões sobre o governo para a implantação dessas reformas (FERREIRA, M., 2008).

Ocorreu, assim, concomitantemente, a mobilização das massas populares, a realização de trabalhos de educação popular, desenvolvidos em especial pelo Movimento de Educação de Base (MEB), pelos Centros Populares de Cultura da UNE e pelo Movimento de Cultura Popular do Recife (experiências que compunham o Plano Nacional de Alfabetização), como também uma aproximação do movimento estudantil com artistas do teatro, cinema e música. Toda essa efervescência político-cultural refletia a proximidade da esquerda com o poder, no bojo de um projeto nacional-popular expresso pela presença de Jango na Presidência da República (KORNIS, 2008).

Nesse mesmo contexto a saúde pública recebeu uma maior atenção por parte do governo, por considerá-la direito de todos, ao contrapor ao pensamento vigente da Associação Médica Brasileira, contrária à estatização, e ao “progressivo empreguismo na assistência médica e a favor da livre escolha do médico pelo paciente. [...] e fez a total defesa da indústria farmacêutica pelo incremento da produtividade médico - assistência” (VIEIRA, E. 1987).

O modelo de gestão da saúde adotado segundo Vieira (1987) limitou-se à intervenção setorial, de acordo com as carências apresentadas, sem operar mudanças significativas no curso da saúde pública.

Ainda que as medidas não alterassem a base da política social e do modelo econômico, provocaram uma agitação na burguesia industrial e na classe média, pois havia uma preocupação quanto à expansão do comunismo/socialismo no mundo, em especial na América Latina, colocando em risco os interesses e a hegemonia do capitalismo. Diante desses fatos, com apoio da burguesia, das velhas forças agro-mercantis, da Igreja Católica, por meio da mobilização da classe média na marcha da *Família com Deus pela Liberdade*, e das forças armadas brasileiras, articulou-se e executou-se um golpe de Estado, em 31 de março de 1964, com consequente instalação da ditadura militar com o apoio dos Estados Unidos (BRAVO, 1996).

O processo ocorreu não só no Brasil, mas em diversos países da América Latina, configurando-se um ciclo de ditaduras militares com a inauguração de um novo padrão político-administrativo. Nas trilhas de Gramsci, Coutinho (1988) afirma que ocorreu um desequilíbrio na relação entre Estado e sociedade civil. Esse processo expressou o fortalecimento do Estado em detrimento da sociedade civil, mais concretamente ao fortalecer a sociedade política por meio da utilização dos aparelhos militares e burocráticos de dominação e de coerção. O Estado assumiu o protagonismo, ao operar pelo alto, o processo de transição brasileiro, que configurou uma ditadura sem hegemonia, por meio da busca pelo consenso mediante a atomização das massas.

2.3 A saúde no contexto do regime autoritário militar

A ditadura militar compreendeu o período de 1964 a 1985, marcada pelo autoritarismo, torturas, regime de exceção, pela falta de liberdade de expressão, de direitos civis e políticos, sob a “tutela de um mandonismo intolerante e carrancista, que se metamorfoseava em racionalidade burguesa” (FERNANDES, F., 1994, p.115); conquistada via mecanismos repressivos e de ataque à democracia, assegurava poder às classes proprietárias. Como consequência, excluíram-se do progresso e das decisões políticas as grandes massas da população. Com a ascensão dos militares ao poder, não mais foi possível perseguir um modelo de desenvolvimento econômico-social-político de cunho democrático capaz de alterar o quadro da formação social brasileira. O novo modelo significou a continuidade e o resgate daquilo que a sociedade brasileira tem de pior, a exclusão, a falta de autonomia, as soluções *pelo alto* e o fortalecimento do capital, acarretando uma mudança radical no conteúdo da intervenção estatal (NETTO, 2005, p. 26).

Para Netto (2005), o golpe militar sinalizou um desfecho da crise de uma forma de dominação burguesa no Brasil. A crise é concebida pela contradição entre as de-

mandas provenientes da dinâmica do desenvolvimento, centrado na industrialização pesada, e as formas de intervenção, articulação e representação das classes em suas frações no sistema de poder político.

Ocorreu, então, um antagonismo entre o padrão de acumulação vislumbrado e os anseios populares, democráticos e nacionais. Esse antagonismo sinalizou para a burguesia com duas alternativas: ou garantia o desenvolvimento proposto e a disputa com projetos alternativos da classe não-burguesa na luta pela direção da sociedade, ou assegurava a hegemonia pela força, por meio da antidemocracia; esta foi a decisão tomada (BRAVO, 1996).

O governo militar adotou, em substituição ao clientelismo populista, um modelo liberal tecnocrático e centralizador, com reformas institucionais para reestruturação da máquina estatal, fortalecendo o planejamento direto, a racionalização burocrática, imperando o saber técnico em detrimento da participação popular (PEREIRA, 2006).

Nesse período, o mecanismo de controle social adotado se deu pelo viés da tecnocracia, do planejamento estratégico da política social, da burocracia, do Estado Gerencial, bem como pela via do autoritarismo. Estratégias foram consolidadas sob a influência da ideologia desenvolvimentista, para garantir a programática internacional pelas exigências do capitalismo monopolista e perpetuar o controle sobre as massas de forma repressora, com esvaziamento do poder de decisão dos sindicatos. Foi adotada política social de decisões setoriais, com o intuito de atender os interesses da economia, sem qualquer disposição para considerar as necessidades básicas da população (VIEIRA, E., 1987; PEREIRA, 2006).

Em relação ao ensino superior, a ditadura conduziu a Reforma Universitária, fazendo dela um instrumento voltado para a formação de técnicos qualificados, encarregados pela racionalidade formal-burocrática, rompendo com o seu potencial crítico criativo, “que só lhe garante o rebatimento no seu interior, das tensões entre distintos projetos societários, e conseqüentemente viu exauridos os seus processos específicos e particulares de elaboração produtiva” (NETTO, 2005, p. 65).

A Reforma Universitária operou uma drástica redução dos recursos públicos destinados ao ensino superior, mas favoreceu os investimentos privados no setor, transformando-o em um paraíso da livre iniciativa, financiado pelos recursos públicos.

Segundo Netto (2005, p.125), muitas profissões enfrentaram a “refuncionalização” da sua formação em decorrência da ditadura militar, contudo o Serviço Social faz

sua inserção no espaço acadêmico com “efetiva incorporação da formação profissional pela universidade, introduzindo o curso na malha de relações própria à academia”.

Na tentativa de modernizar o Estado, o regime vigente reforçou a expansão do capital e o agravamento da “questão social”, levando aquele a realizar sua intervenção pelo binômio repressão-assistência até meados de 1974, por meio da política assistencial burocratizada e modernizada pela ação estatal. Mantendo, ainda, o controle sobre a sociedade, ao amortecê-la das tensões sociais, legitimou-se o regime e atendeu aos interesses do capital (BRAVO, 1996). Conforme Behring e Boschetti (2008), o governo adotou uma dinâmica singular de alargamento dos direitos sociais em face da restrição dos direitos civis e políticos, modernizando dessa maneira o aparato estatal.

Conseqüentemente, a legitimidade desse modelo de desenvolvimento não expressou mecanismos de representação e de expressão política dos interesses sociais, mas, sim, da *eficácia* e do *crescimento*, do *milagre econômico* promovido pelos militares (DURIGHETTO, 2007, p.137).

A política de saúde adotou um modelo diferente dos anteriores. Fez-se uma reatualização perversa, ao reorganizar os traços institucionais do sanitarismo campanhista da Primeira República, e do modelo curativo da atenção médica previdenciária do período populista (LUZ, 1991). No que se refere ao financiamento, não se instituiu nenhuma fonte de financiamento autônoma em relação ao orçamento fiscal, ficando exclusivamente dependente do Tesouro Federal, o que, na opinião de Fagnani (1999, p. 127), colocou a saúde “à margem na estratégia dos militares”. Isso pela ausência de controle e participação da população na definição das prioridades em relação ao financiamento da saúde, principalmente quanto à transparência nessa área.

Os princípios adotados favoreceram os interesses privados, e, de acordo com Luz (1981), as reivindicações, na área, não foram apresentadas pelas classes subalternas, mas foram incorporadas no projeto de hegemonia burguesa encampado pelas instituições médicas.

O modelo em questão defendeu o uso mais racional dos recursos financeiros, o que levou o Estado a intervir nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, ao incorporá-los ao Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1967, contrariando algumas categorias de trabalhadores, devido à “centralização e concentração de poder no Estado” (LUZ, 1981, p. 85).

Com isso retiraram-se em definitivo os trabalhadores da gestão da previdência, que passou a ser tratada como uma questão técnica e atuarial (BEHING; BOSCHETTI, 2008). Com a exclusão dos trabalhadores e empregados da gestão da previdência, delegou-se a eles o papel de financiadores. O Estado fortaleceu a influência, no comando da previdência, de três segmentos, quais sejam: da indústria farmacêutica, dos equipamentos médico-hospitalares e dos proprietários de hospitais (CARVALHO et al., 2001).

A ampliação da cobertura da assistência médica é vista por Menicucci (2007, p.76) como resultado da união do Estado com empresários nacionais (empresas prestadoras de assistência médica e indústria estrangeira, indústria farmacêutica, de equipamentos e de aparatos médicos), com a finalidade de formar um “complexo médico-industrial” responsável pela política de saúde assistencial voltada para os interesses capitalistas, ao ordenar a relação capital X trabalho, garantindo elevadas taxas de lucros para as grandes empresas monopolistas internacionais. Nesse contexto não foi formulado um planejamento ou um plano de saúde pública. O que ocorreu foi uma junção de programas setoriais de atenção médica sob a égide da Previdência Social, e, por meio de regulamentos, a organização do financiamento e do funcionamento desses programas.

A política assistencial previdenciária, com crescente participação do Estado, também expressa a proximidade com o capital, voltada para a reprodução da força de trabalho, quando assegura a recuperação do trabalhador, mantendo-o em condições de produtividade.

O regime militar se fez autoritário e centralizador para manter o povo distante dos debates e decisões, impondo reformas institucionais, com vistas à adoção de uma política de saúde centrada no campanhismo, curativismo, medicalização e na atenção individual. O argumento utilizado era de que tais medidas ganhariam, com o avanço tecnológico, maior resolutividade no diagnóstico e na terapêutica, ao favorecerem o crescimento de um complexo industrial-hospitalar centrado em normas e rotinas que privilegiaram a terceirização dos serviços, a construção de grandes hospitais e de laboratórios da iniciativa privada, financiados com dinheiro público, bem como o aumento de vagas nos cursos de medicina das universidades públicas e sua ampliação nas instituições privadas, fazendo da saúde um negócio rentável (CARVALHO et al., 2001).

Com a expansão da rede hospitalar, o Estado adotou o sistema de regulação junto à iniciativa privada, quanto a cobranças de honorários, na tentativa de coibir o

livre mercado. Manteve ainda o controle da instituição previdenciária e a relação estabelecida com a iniciativa privada¹⁷.

O modelo, definido como médico-assistencial privatista, foi estruturado em um tripé, no qual o Estado é o grande financiador do sistema e prestador de serviços aos indigentes e excluídos do processo econômico, o setor privado nacional é o prestador de assistência médica e o setor privado internacional é o produtor de insumos (equipamentos médicos, de apoio diagnóstico e medicamentos) (MENDES, 1993).

Fortaleceu-se a prática médica individual, curativa e especializada, em detrimento da saúde pública; e, com o apoio da intervenção estatal, criou-se um complexo médico industrial privado, com o intuito de gerar lucros, fortalecendo a posição e a lógica da saúde, centrada em valores, tais como a lucratividade e o controle da força de trabalho.

A opção pela compra de serviços privados, respaldada por cartas Constitucionais, expressou a filosofia dos militares quanto à desobrigação do setor público pela prestação de serviços à população, transferindo a responsabilidade para a iniciativa privada. Isso configurou que “a lógica do prestador de serviços, de uma perspectiva mercantil, é a busca de redução dos custos com a realização de um mínimo de intervenção por paciente” (MENICUCCI, 2007, p. 75).

Houve, ainda, o financiamento de obras de reformas, ampliação e construção de clínicas e hospitais com recursos públicos, prioritariamente da Previdência Social, com financiamentos, a fundos perdidos, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social¹⁸.

A assistência, basicamente destinada aos trabalhadores com vínculo formal, constituiu em oferta desigual dos serviços, com concentração nas grandes cidades e pouca ou nenhuma oferta nas cidades menores e nas regiões economicamente pobres, como o norte e nordeste do país.

A iniciativa privada era bastante articulada em seu poder de pressão, com interlocução direta com os ministros da saúde e com ocupação de cargos chaves na administração previdenciária, bem como outros cargos importantes da política de saúde em

17 A iniciativa privada era contrária à regulação do Estado, por julgá-la um mecanismo de estatização do setor (MENICUCCI, 2007).

18 Criado pela Lei 6.168, de 09/12/1974, para executar a política do Conselho de Desenvolvimento Social, visando o apoio financeiro a programas e projetos de caráter social, nas áreas de saúde, saneamento, trabalho, previdência e assistência social.

todas as esferas de governo, consolidando uma articulação entre a burocracia pública e privada, capaz de inserir os interesses privados no Estado, denominados *anéis burocráticos* (MENICUCCI, 2007, p. 79). Todo esse processo, essa burocratização, retira da cidadania o seu conteúdo político de participação e acompanhamento dos negócios públicos, exaurindo as possibilidades de construção de consensos, fundamentais para o exercício do poder político e de legitimidade para o Estado (FLEURY, 1997a).

Estruturou-se, assim, um aparato burocrático que atendesse os projetos políticos do regime. Foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, que aglutinou o Instituto Nacional de Assistência Médica (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e, como órgão autônomo, a Central de Medicamentos (CEME).

Com a criação do MPAS, o governo buscou redefinir os campos de atuação, cabendo a ele o atendimento médico-assistencial individualizado, e, ao Ministério da Saúde, a execução de medidas e os atendimentos de interesse coletivo, incluindo a Vigilância Sanitária. Com tais medidas o governo fortaleceu a dicotomia preventiva e curativa do sistema de saúde brasileiro. Ampliou a cobertura da assistência à saúde, feita pela Previdência, com a inclusão dos trabalhadores rurais, empregados domésticos, e trabalhadores autônomos (CARVALHO et al., 2001).

As intervenções do governo militar na política de saúde contribuíram, contudo, para sua falência e ainda para uma má gestão dos recursos públicos, com denúncias de fraude no sistema previdenciário, acompanhadas de críticas à pífia resolutividade dos serviços. Esse modelo responde por todo o contexto da ditadura militar, orientado pela lógica do mercado e do lucro e pautado na prática curativa, incapaz de responder com eficiência e eficácia às demandas de saúde da população.

A crise no setor aliada à conjuntura política, à estagnação econômica, intensifica a luta pela reorganização dos serviços e implementação de política social que ampliasse o acesso a bens e serviços, sinalizando para a necessidade de uma mudança radical desse modelo curativo privatista.

Nem mesmo a repressão e o arbítrio impostos à sociedade civil impediram-na de reagir contra o modelo adotado pelos militares, concentrador de renda e de expansão da exploração da força de trabalho, responsável pela precarização das condi-

ções de vida. Isso ocorreu após o milagre econômico, já no final da década de 1970, com o reaparecimento dos movimentos populares. Uma parcela significativa deles foi impulsionada pela Igreja Católica, pelas Comunidades Eclesiais de Bases, pelas associações de donas de casa, de moradores, de creches, por trabalhadores rurais na luta pela posse da terra e também pelo novo sindicalismo¹⁹. Foram adotadas como estratégias de luta, passeatas, assembléias e ocupação de órgãos públicos (MOISÉS; 1987; SILVA, 2003; GONH, 2007).

Diante do descontentamento da população, ao reivindicar soluções para os problemas criados por esse modelo, ocorreram manifestações, até mesmo depredações de ambulatórios de atendimento médico de grandes cidades brasileiras, discussões e bate-boca nas filas de espera para atendimento. Com pressão e ações concretas da sociedade civil, a imagem da medicina curativa como solução milagrosa para as péssimas condições de vida começou a ser socialmente percebida como um engodo e a ser publicamente denunciada e desmascarada (LUZ, 1991).

Os profissionais da saúde, inseridos nas manifestações contrárias ao governo, mencionadas anteriormente, com a criação do MPAS (1974) encontraram alternativas de atuação “localizada e marginal” (FLEURY, 1989, p. 215). Desenvolveu-se, na prática, o modelo de saúde coletiva de forma que propiciasse a democratização da saúde, com a adoção de ações concretas dos poderes públicos e com a participação de sindicatos de trabalhadores e comunidades de bairro, com um objetivo comum: “a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia” (ESCOREI; BLOCH, 2005, p. 62), tomando corpo o que ficou conhecido como Movimento Sanitário ou Movimento da Reforma Sanitária.

19 Composto por oposições sindicais ao Estado e na defesa da autonomia em relação a ele, às forças políticas tradicionais e aos partidos (MOISÉS, 1987).

Emerge, nesse contexto, a liderança do torneiro mecânico Luis Inácio Lula da Silva, que em 2002 elege-se Presidente da República do Brasil. Outro fato diz respeito ao engajamento do Serviço Social na luta pelo fim da ditadura, e também deflagrando o processo de organização sindical com a criação da Comissão Executiva Nacional de Entidades Sindicais de Assistentes Social (CENEAS) em 1979, responsável pela articulação com as entidades de base em âmbito regional para construção de uma atuação sindical fora do aparelho do Estado.

CAPÍTULO III

O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA: SAÚDE COMO DIREITO E COM CONTROLE SOCIAL

A proposta de reformulação política e de atuação no campo da saúde, denominada Reforma Sanitária, surgiu no contexto da ditadura militar e da luta pela redemocratização, no qual a sociedade brasileira, mediante a participação em movimentos sociais, sindicatos e partidos políticos, viveu o embate entre projetos sóciopolíticos antagônicos. De um lado, o Estado adotou um modelo autoritário, com políticas internacionalistas de orientação liberal; de outro, a sociedade organizada e partidos de oposição defenderam um projeto com princípios democráticos, com clara defesa da soberania do Estado Nacional.

O Movimento de Reforma Sanitária emergiu da academia, mais especificamente dos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades Brasileiras, que se articularam com outros segmentos sociais e governamentais, em especial os profissionais de saúde médicos e o movimento popular; a partir da década de 1980, outros atores entraram em cena, como o Movimento Municipalista em Saúde, com experiências pioneiras em Campinas, Niterói e Londrina²⁰ (MENICUCCI, 2007).

Esses departamentos eram inicialmente, orientados na perspectiva teórica norte-americana, cuja visão funcionalista ressaltava a relação médico-paciente e os padrões de conduta médica, sem questionar as determinações sociais que influenciavam no processo de adoecimento, bem como as relações estabelecidas entre o setor saúde e a população.

Para além do Brasil, essa proposta foi difundida nos países latino-americanos por meio de instituições, como a Organização Pan-Americana de Saúde, Fundações Kellogg e Ford. Tem um rebatimento em diferentes profissões e, conforme resalta Florestan Fernandes (1976), é a maneira pela qual o capitalismo monopolista redefine as relações entre as nações capitalistas centrais e as periféricas, constituindo o que o autor denomina de *imperialismo total*.

20 Experiências com base em projetos de medicina comunitária, com propostas alternativas de organização dos serviços de saúde, difundidas na América Latina, voltadas às populações rurais, dentro dos princípios do autocuidado, atenção primária realizada por pessoal não profissional, com tecnologia apropriada e com a participação da população. (MENICUCCI, 2007, p.173).

Uma abordagem conservadora e de direita²¹, segundo Arouca (2007), que impusesse aos profissionais de saúde e militantes do Movimento de Reforma Sanitária o desafio de redirecionar o debate para o enfoque marxista, seria capaz de apontar os caminhos para a mudança na área da saúde.

Nessa direção, é nas ciências sociais que a Reforma Sanitária brasileira, como política social pública, encontra sustentação teórica. Importante salientar que o modelo teórico/político proposto pelo Movimento Sanitário pautou sua orientação, com predomínio pela social democracia de Beveridge, no que concerne à prevalência do Estado, na promoção de políticas sociais públicas provedoras de necessidades básicas (MOURA et al., 2007).

Na prática há uma aproximação dos Departamentos de Medicina Preventiva com os Departamentos de Filosofia, Ciências Humanas, Economia, que fornecem subsídios teóricos para ampliar as discussões e entendimentos das relações entre classes sociais e saúde. Os estudos e debates iniciais foram baseados na leitura de *O Capital*, de Marx (AROUCA, 2007). Essas ações produziram mudanças significativas, ao reconhecer o caráter político da saúde, ao deslocar seu objeto do indivíduo para a sociedade, criando um novo campo de estudo, a “saúde coletiva” (MENICUCCI, 2007, p. 170).

A proposta de mudança no paradigma da saúde foi respaldada por deliberações emanadas da Organização Mundial de Saúde no Congresso de Alma Ata (URSS, setembro/ 1978)²², que incorporou o conceito de atenção primária de saúde quando reafirma “ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos, reconhecendo também a sua determinação intersetorial” (ESCOREI; BLOCH, 2005, p. 64).

O Movimento Sanitário brasileiro adotou como paradigma a Reforma Sanitária italiana, ao construir seu projeto a partir da formulação crítica ao modelo privatista e mercantilista, que fortaleceu o crescimento do setor privado, financiado pelo Estado e à custa da falência do sistema público de saúde (GERSCHMAN, 1995).

Entendeu-se que o Movimento Sanitário expressa embates dos sujeitos sócio-históricos no processo de implantação de seus projetos políticos; ou seja, busca a redemocratização da sociedade brasileira num sentido amplo, ao contemplar os direitos

21 Nesse contexto era muito forte a questão direita x esquerda. Por direita, entendiam-se as forças que queriam manter a situação como estava, manter o status-quo. A esquerda representava as forças progressistas da sociedade, a luta por uma sociedade justa, igualitária.

22 Atualmente República do Cazaquistão, após declarar independência da URSS, em 16/12/1991.

civis, a democratização do acesso a bens e serviços e a formulação de políticas sociais pelo viés da saúde pública numa perspectiva de construção de uma cidadania ampla, política, e social. Esse processo situa-se, pois, para além do provimento estatal das necessidades dos indivíduos; requer também o seu conhecimento e participação, pela concepção e planejamento das ações que os afetam ou que a eles se destinam.

O Movimento adotou estratégias, como constituição de fóruns de debates e construções político-teóricas, articulação da sociedade civil organizada, ocupação de espaços institucionais no aparelho do Estado, fundamentais para seu fortalecimento e consolidação em âmbito nacional. O processo contribuiu para a inserção, na agenda da política de saúde, de determinados interesses e reivindicações da sociedade no que se refere às suas reais necessidades (MENICUCCI, 2007). Ressalta-se que a atuação do movimento sinalizou para a construção de um consenso capaz de influenciar na formulação da política de saúde e assegurar-lhe legitimidade. Nessa direção, o consenso sinalizou para a classe dominante a necessidade de, por meio do Estado, fazer concessões às classes dominadas, de forma que seus interesses fossem nele representados, de maneira a influenciar na formulação das políticas públicas. Com base no pensamento gramsciano, em toda relação hegemônica está contido um “grau maior ou menor de concessão aos interesses da classe ou grupo sobre o qual se quer exercer hegemonia” (COUTINHO, 1989, p. 56).

O Movimento Sanitário expressa uma “intelectualidade orgânica”, nos moldes gramscianos, ao produzir um projeto político de saúde para além dos interesses corporativos, capaz de contribuir para a formação de um Bloco Histórico atuante e influente na transformação do SUS enquanto política de Estado (CAMPOS, G. 2007, p.139).

No decorrer da luta, outros atores sociais são a ela incorporados, como o movimento médico, pelas “atuações do conjunto das entidades médicas”, apontado por Gerschman (1995, p.102). Apesar de orientados pelo corporativismo assumido com a luta em defesa de melhores salários e condições de trabalho, o Movimento consegue apreender a dimensão mais ampla da questão saúde, e nesse contexto surge o Movimento da Renovação Médica (REME), em 1977, como expressão do processo de consolidação de organização da categoria, em especial dos médicos assalariados (BRAVO, 1996).

O REME se inseriu no Movimento Sanitário, ao combater a ditadura e responsabilizar a política de saúde pela “mercantilização da medicina” e ao levar a categoria a aderir ao Movimento que, posteriormente, foi considerado um importante sujeito coletivo (MENICUCCI, 2007, p. 174).

Além dos profissionais de setores progressistas da saúde pública, aderiram à luta pela Reforma Sanitária lideranças políticas da saúde, principalmente militantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB), e de movimentos sociais urbanos. É importante registrar a participação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) como veículo de difusão que se destacou como articulador e estimulador do Movimento.

Vale destacar também, nessa conjuntura, um outro ator importante, no processo de consolidação da Reforma Sanitária brasileira: o Movimento Popular em Saúde, orientado por reivindicações pontuais, como saneamento básico, posto de saúde, etc., e por desenvolvimento de experiências comunitárias no cuidado sanitário. Os sujeitos que o compunham eram, além das populações carentes dos bairros periféricos, organizados em associações de moradores, militantes e religiosos da igreja católica ligados às Comunidades Eclesiais de Base, médicos sanitaristas, militantes de partidos políticos, sindicatos e estudantes (GERSCHMAN, 1995).

Pelas experiências de medicina comunitária, tais movimentos fizeram a interlocução com as universidades, em âmbito nacional, na luta pela Reforma Sanitária. Organizaram, a partir de 1979, os Encontros Nacionais de Experiência em Medicina Comunitária (ENEMC).

Ao se lançar nas discussões mais amplas no contexto da luta pela redemocratização do país, o Movimento ganha maturidade política e passa “da atuação local para nacional, bem como das demandas pontuais e experiências da medicina comunitária para uma discussão da política nacional de saúde”, orientado pelo entendimento de que cabe ao Estado a provisão de políticas públicas geradoras das condições para ter saúde (GERSCHMAN, 1995, p. 76).

As principais propostas debatidas pelos sujeitos coletivos do Movimento de Reforma Sanitária pautam-se pela universalização do acesso; concepção de saúde como direito do cidadão e dever do Estado; reestruturação do setor por meio da estratégia do Sistema Único de Saúde; descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; financiamento efetivo e democratização do poder local mediante novos mecanismos de gestão – Conselhos de Saúde, visando um reordenamento sob uma nova dimensão da saúde (MOURA et al., 2007).

Esses princípios foram traduzidos em conquistas processuais, a partir da implantação das Ações Integradas (AIS), que, posteriormente, foram transformadas no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. Embora não ti-

vesse promovido as mudanças necessárias, constituiu-se em mais um passo para a construção do Sistema Único de Saúde.

Conseqüentemente, pressionado pela crise da saúde e incomodado com o fortalecimento do Movimento de Reforma Sanitária, o regime militar buscou contornar a crise financeira e política, reorientando a assistência à saúde no âmbito da previdência social, propondo a universalização dos serviços de saúde e a ampliação de sua oferta nas áreas de maior déficit. Com adoção do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV SAÚDE) e mediante seu fracasso, o governo instituiu, em 1983, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), responsável pela implantação das Ações Integradas de Saúde. Por meio desse plano oficial, pela primeira vez formularam-se críticas ao sistema de saúde previdenciário, bem como às implicações provindas das ações vigentes de financiamento do setor público.

O programa AIS, fundamentado na universalização e priorização da atenção primária, com ênfase na prevenção, com parcerias estabelecidas entre a esfera federal de saúde e as secretarias estaduais, caracterizou-se como um dos primeiros passos para a descentralização e democratização das decisões técnicas e políticas. O repasse financeiro, oriundo da previdência como pagamento pela prestação de serviços à população, significou mais verbas para os serviços municipais de saúde, ainda que bem reduzidas. Houve avanços expressivos em alguns serviços da rede básica ambulatorial, como aumento no atendimento à demanda, concursos para contratação de recursos humanos, revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, a participação da população na gestão dos serviços.

Apesar disso, não impediu o uso, pelo INAMPS, de mecanismos de favorecimento do setor privado, mediante práticas fraudulentas no sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), com aumento nos valores das tabelas de remuneração e alianças da tecnoburocracia com o sistema hospitalar privado (CARVALHO et al., 2001; ESCOREL; BLOCH, 2005).

Nesse cenário de crise, a questão da saúde envolveu outros atores comprometidos com a realidade brasileira, que aderiram ao Movimento de Reforma Sanitária ao conferir à saúde não um caráter técnico, mas político. Dentre os novos personagens estavam profissionais representados por suas entidades, ultrapassando o corporativismo e fazendo a defesa mais geral da saúde. O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) tornou-se o veículo de difusão e ampliação do debate, em torno da Revista Saúde e Democracia.

No período que antecedeu a instalação da “Nova República”, foram promovidos debates e contribuições visando lançar as bases da política de saúde para o governo de transição, demonstrando as inquietações e proposições referentes à realidade sanitária brasileira (BRAVO, 1996).

Em meados dos anos 1980, tem início o processo de transição e passagem do regime militar para o civil. A transição aconteceu em meio a forte crise mundial, nos moldes do pós-guerra, ao expressar recessão e depressão, em razão do nível de integração da economia brasileira na divisão internacional do trabalho. Consistiu em uma economia de regulação monopolista, dominada pelo capitalismo internacional (IAMAMOTO, 1987).

O período da redemocratização consistiu, de acordo com Bravo (1996, p. 63), numa negociação “pelo alto”, entre os militares e o principal partido de oposição, caracterizando-se ainda pelo encerramento de um ciclo da revolução burguesa autoritária, pela formação de um mercado capitalista com intenção de definir suas relações com a esfera pública, para afirmação dos interesses, e pelo esforço emancipatório das classes subalternas na busca de conquistar sua cidadania sem a tutela do Estado. Ocorreu uma rearticulação das forças ligadas aos militares, visando enfraquecer a transição democrática e ampliar sua força de sustentação ao Governo Sarney. Dessa maneira o projeto neoliberal-conservador, constituído, na maioria, por empresários, ganhou força e adesão também da ala burguesa da aliança.

Na área da saúde, como estratégia, lideranças do Movimento Sanitário ocuparam cargos importantes na estrutura do setor, em especial no INAMPS e Ministério da Saúde, sinalizando para um fortalecimento e ampliação das AIS, por meio de parcerias entre secretarias estaduais e municipais para a realização de ações de saúde pública e assistência médica. Essa reestruturação ampliou e resultou na descentralização das ações (AROUCA, 2007).

Isso culminou no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), orientado pelos princípios da universalidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária.

O SUDS foi considerado, pelo Movimento de Reforma Sanitária, um passo à frente das AIS, responsável pela definição de prioridades e estratégias, bem como por critérios de distribuição de recursos financeiros para estados e municípios. Fortaleceu o papel das secretarias estaduais de saúde e ainda tentou coibir o uso dos recursos destinados à saúde para fins eleitoreiros, clientelistas ou de favorecimento à iniciativa privada.

Com a criação do SUDS, ocorreu o fortalecimento da municipalização da saúde e a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUDS impôs alguns desafios, como falta de mecanismos para acompanhamento dos repasses financeiros e para um real investimento na área da saúde. Faltou definição na política de medicamentos, de recursos humanos e de equipamentos, como também mecanismos para coibir o fisiologismo nos Conselhos Estaduais de Saúde (BRAVO, 1996).

Concomitantemente à implantação do SUDS, foi constituída a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS)²³, responsável pela elaboração de propostas para a saúde, que subsidiaram os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte e ainda um projeto para a criação do SUS²⁴.

Em 1986 ocorreu em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde. Esse acontecimento foi um marco na história da saúde brasileira, com grande participação popular, contando com 4.500 participantes de todo o país. Constituiu-se em base para a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e, também do Sistema Único de Saúde. O Relatório da Conferência ficou contido, em sua maioria, no Relatório da Comissão de Reforma Sanitária, apresentado na Assembléia Nacional Constituinte e, em boa parte, compõe a Seção de Saúde da Constituição de 1988.

No transcorrer dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, houve muita tensão decorrente da existência de dois blocos da saúde. De um lado, os empresários do setor, Federação Brasileira de Hospitais, Associação de Indústrias Farmacêuticas; e de outro, as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional e pela Saúde na Constituinte, que congregavam aproximadamente duas centenas de entidades representativas do setor. A grande conquista da Plenária Nacional de Saúde foi a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional, submetendo os constituintes a uma pressão constante e mobilizando a sociedade em torno do processo (BRAVO, 1996).

O texto, aprovado no dia 5/10/1988, especificamente sobre a saúde, foi apresentado como emenda popular pelo Deputado Sérgio Arouca/PCB, indicado pela Plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, contendo assinatura de mais de cinquenta mil eleitores, representando 167 entidades (BRAVO 2001).

23 Criada pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 2/86, de 22/8/1986.

24 Importante registrar que essa Comissão não foi consensual, combatida pelo setor privado e criticada pelos representantes de organizações sindicais, que a julgavam insuficiente.

O Movimento de Reforma Sanitária teve como preocupação central o papel do Estado, voltado para a sociedade, centrado na concepção de Estado democrático e de direito e responsável pelas políticas sociais públicas, em especial pela saúde. Fez a defesa ampliada da saúde, conforme expressa na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), fundamentada nos princípios de universalidade, democratização e descentralização com controle democrático social. Posto isso, uma de suas estratégias foi a criação do Sistema Único de Saúde, assegurado pela Constituição Federal de 1988.

Se por um lado, na década de 1980, aconteceu no Brasil a consolidação do setor privado da saúde, com incentivos fiscais às pessoas físicas²⁵, e o fortalecimento da assistência privada para além das empresas empregadoras, por intermédio dos planos de saúde, contratados diretamente pelo usuário junto às diversas operadoras (MENICUCCI, 2007), no cenário internacional o Banco Mundial e FMI sugerem aos países em desenvolvimento a adesão ao sistema privado de saúde.

Por outro lado, fruto de um dos mais significativos embates da década, empresários e trabalhadores, como sujeitos coletivos, participaram de forma incisiva das mudanças nas áreas da saúde, previdência e assistência social, ao assegurarem um capítulo específico na Constituição, quando insere essas áreas na formulação da Seguridade Social, consagrando-a como direito de todos e dever do Estado (MOTA, 1995). Essa disputa expressa a “guerra de posição” gramsciana, em que uma classe ou bloco de classes luta pela *hegemonia* ou pela capacidade de dirigir o conjunto da sociedade. De acordo com Behring e Boschetti (2008, p.143), a luta foi árdua, confrontou com os interesses privados, que, lamentavelmente, conseguiram garantir sua participação no SUS, “com acesso, portanto, aos recursos públicos”.

Assim, a Carta Magna incorporou os princípios defendidos na VIII Conferência de Saúde na construção de uma Política de Estado que garante a universalidade do acesso à saúde por todos os brasileiros, ou seja, por meio de uma ampla participação popular na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao transformá-lo no mais arrojado projeto de política pública existente no Brasil (ELIAS, 2004).

25 Para Menicucci (2007) consiste em um gasto público indireto com a saúde, proveniente do benefício tributário da dedução do total das despesas com assistência médica. Beneficia aqueles contribuintes de maior renda, tornando-se um incentivo à não utilização do sistema público, uma vez que, pelo menos em parte, os gastos individuais com saúde são assumidos pelo governo indiretamente.

3.1 A seguridade social na perspectiva dos direitos sociais

As políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência e a assistência social, expressam a luta histórica do trabalho, na medida em que as demandas inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores são reconhecidas pelo Estado e pelo patronato (MOTA, 2006).

As experiências democráticas apreendidas no contexto capitalista são permeadas de antagonismos, de um lado respondem às demandas dos trabalhadores e de outro, consistem em estratégia do capital para incorporar as necessidades do trabalho, visando sua sustentação e expansão.

De acordo com MOTA (2006, p. 40),

[...] trata-se de uma contradição da sociedade capitalista, cujas mediações econômicas e políticas imprimem um movimento dinâmico e dialético: se do ponto de vista lógico, atender às necessidades do trabalho é negar as necessidades do capital, do ponto de vista histórico, a seguridade social é por definição esfera de disputas e negociações na ordem burguesa erigida no campo de luta dos trabalhadores, ela é sempre e continuamente objeto de investidas do capital no sentido de “adequá-la” aos seus interesses .

O reconhecimento das necessidades de proteção social insere-se na luta por direitos sociais. Somente após a II Guerra Mundial, nos países europeus foram garantidos esses direitos na área social, com a defesa do direito da população de ter acesso aos serviços produzidos pela sociedade e o dever do Estado de assegurá-los. Assim, foi instituído o Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*, como garantidor dos direitos sociais, como saúde, educação, moradia, previdência social, proteção social trabalhista e outros.

O Estado de Bem-Estar Social representou uma experiência histórica que permitiu o exercício e a ampliação da democracia no contexto do capitalismo. Pereira (2006) afirma que essa foi uma fase de ouro das políticas de proteção social pública, com base nas quais foi assegurada a satisfação das necessidades humanas básicas. Em países periféricos, como o Brasil, o Estado de Bem-Estar não se concretizou. As políticas sociais brasileiras sempre se caracterizaram como um arranjo de exclusão dos trabalhadores da participação política; e o acesso aos direitos sociais ocorreu como concessão do Estado, restrito a determinadas categorias profissionais que contribuíram com a proteção social, a exemplo da Previdência.

O caráter regulador e discriminatório perdurou por muitas décadas no contexto brasileiro e marcou as configurações de nossas políticas sociais, bem como a maneira

de prestação de assistência social. Tratou-se de um modelo que não construiu a figura moderna de cidadão, como sujeito moral e soberano, consciente de suas prerrogativas políticas na sociedade, mas de um cidadão sem identidade própria, cujos direitos são vistos como barganhas de benesse, de caridade e de favor. Descaracterizava-se, assim, a noção de direito, desvinculando-a do parâmetro da justiça social e da igualdade com equidade.

A partir da década de 1980, outro cenário começa a ser construído no seio da sociedade brasileira, no âmbito das políticas sociais, ao ser desencadeado o processo de defesa do princípio universal do acesso aos direitos de cidadania e de uma seguridade social efetivamente pública. As políticas sociais tornaram-se centrais na agenda de reformas institucionais. Segundo Pereira (2006, p. 152), a “reformulação formal do sistema de proteção social brasileira incorporou valores e critérios que [...] soaram, no Brasil, como inovação semântica, conceitual e política”. Constituiu-se, no país, um novo padrão de política social em direção dos direitos sociais e, conseqüentemente, da cidadania.

Coutinho (2000) reconhece os direitos sociais como conquistas da classe trabalhadora, assim como as políticas sociais que materializam esses direitos sociais, ainda que alvo de constantes críticas, em especial da esquerda intelectual, que aponta tais políticas como instrumentos que legitimam a dominação burguesa. Essa afirmativa vem carregada de certa ambigüidade, pois ora são consideradas conquistas a saúde e educação universal gratuita, e a política de seguridade social pública; ora, somente interesse da burguesia visando a expansão da acumulação do capital e, ainda, a integração subalterna dos trabalhadores ao capitalismo. No entanto as políticas sociais públicas têm se constituído em históricas bandeiras de luta dos trabalhadores, em especial dos brasileiros.

Caso contrário seria negado todo o processo de luta da classe trabalhadora, construído na esfera das políticas sociais, ao postular direitos sociais. Coutinho (2000) não nega o papel desmobilizador e cooptador das políticas sociais. É claro que é uma questão complexa, pois comumente as políticas sociais estão envolvidas em uma atmosfera de tensão e conflito, mas é importante analisar as conquistas dos trabalhadores no marco em que elas acontecem e em função da conjuntura e das correlações de forças estabelecidas. Muitas vezes as conquistas não assumem o caráter emancipatório, mas constituem significativas vitórias dos direitos sociais sobre a lógica do capital, quando respondem às necessidades básicas dos cidadãos.

A emancipação política e humana, na leitura da Viana (1999) sobre Marx, somente ocorre com a intensificação das lutas pela concretização da cidadania,

por meio de correlações de forças favoráveis aos segmentos sociais imbuídos desse desejo.

O reconhecimento dos direitos sociais como conquista dos trabalhadores, em uma perspectiva dialética, foi feito por Marx em 1863, quando da fixação legal da jornada de trabalho na Inglaterra, ao afirmar que essa foi uma vitória do direito social sobre a lógica privatista do capital. Segundo Coutinho (2000), para Marx tudo que possa limitar ou substituir o mercado em nome do direito social dá origem a uma nova lógica de regulação social. Dessa maneira é possível a legitimação e a possibilidade concreta de transformações sociais ocorrerem pela via da reforma. A luta pontual pela jornada de trabalho e os direitos sociais consolidados na segunda metade do século XX, com o Estado de Bem-Estar Social, constituíram vitórias que demonstram que é possível avançar por meio de reformas²⁶.

No cenário brasileiro, uma boa demonstração de avanços, via reforma, fruto da luta dos trabalhadores, é especialmente no que se refere à luta do Movimento de Reforma Sanitária. A promulgação da Constituição Federal de 1988 expressou o ápice jurídico-político das demandas pela ampliação dos direitos sociais e por um sistema de saúde orientado pelos princípios de universalidade, democratização do acesso, descentralização com controle democrático.

Mota (2006) reconhece a luta dos trabalhadores pelo alargamento dos direitos sociais, inscritos na Seguridade Social, no entanto aponta os empecilhos à concretização dessa proteção social imposta pelas

[...] características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, o nível de concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado permitem afirmar que no Brasil a adoção da concepção de seguridade social não se traduziu objetivamente numa universalização do acesso aos benefícios sociais (p. 42).

Sem negar tais constrangimentos políticos e econômicos, os avanços assegurados em relação à saúde e o reconhecimento da assistência social como política pública, fruto de muitos acordos e pressão popular, significou o coroamento jurídico-político das lutas da sociedade civil na busca pela redução da dívida social e pela

26 Marx (2005), nessa análise, refere-se aos limites da emancipação política no contexto da sociedade do capital. A gênese dessa discussão situa-se no texto *A questão judaica*, de 1843, em que faz crítica à cisão do homem em cidadão público e indivíduo privado, ou seja, o significado da emancipação política apresentada pela sociedade burguesa é extremamente limitado, na medida em que a concepção de homem legítima, nesse contexto é o 'cidadão burguês', ou seja, não há a possibilidade de universalização dos direitos humanos, pois essa sociedade é fundada na desigualdade econômico-social. Daí a defesa da concepção de emancipação humana que extrapola o projeto do Estado Liberal.

ampliação dos direitos sociais. Isso sinaliza para a instituição do Estado Democrático de Direito, assentado na soberania popular, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e na cidadania. Nesse campo especificaram-se importantes missões a serem cumpridas. Isso porque a cidadania, garantida pela Constituição, extrapolou o âmbito dos direitos políticos abarcando também os direitos sociais.

Nessa direção, pela primeira vez no texto constitucional brasileiro, a saúde é concebida como um bem universal a ser provido para todos os cidadãos, implicando o princípio da igualdade de cada cidadão ao acesso às ações e serviços de saúde. Um processo inovador de ruptura em termos jurídico-formais do princípio de cidadania regulada, e do caráter meritocrático da assistência à saúde, vinculado à inserção no mercado formal de trabalho, para inseri-lo no contexto de alargamento da cidadania (MENICUCCI, 2007).

Uma das estratégias do Movimento de Reforma Sanitária foi a criação do Sistema Único de Saúde, regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90. A existência de duas leis deve-se aos cortes impostos à primeira, sob a forma de vetos presidenciais de vinte e cinco itens, especialmente no que tange ao financiamento e ao controle dessa política, o que exigiu a elaboração de lei para complementar (BRAVO; MATOS, 2007).

O SUS está orientado dentro dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, construídos a partir do desencadeamento de descentralização e democratização da gestão, com a participação da comunidade nas políticas de saúde nas três esferas, municipal, estadual e federal. Tais princípios são essenciais para a reorganização das ações e serviços e reafirmam o princípio maior da descentralização, tendo em vista o deslocamento do eixo do poder e dos recursos financeiros da esfera federal para estados e municípios, e o exercício do controle social pela sociedade civil sobre a política de saúde.

Com a criação do SUS dentro dessa ótica, outra concepção de saúde foi adotada. Expressa um direito social a ser provido pelo Estado e reconhece as condições sociais de vida das pessoas como determinantes no processo de adoecimento e outros agravantes à saúde, representando um avanço histórico se confrontado com os modelos de saúde anteriores centrados na medicina curativa e privatista. Outro avanço consistiu na superação do caráter meritocrático do acesso aos serviços, anteriormente destinados somente aos trabalhadores inseridos no mercado formal, cujas ações eram prestadas pela Previdência Social.

O caráter universalista, inspirado no modelo de proteção social do Estado de Bem-Estar Social, ocorreu no Brasil em um contexto onde a medicina privada estava consolidada e promovida pelo próprio Estado (UGA; MARQUES, 2005).

Desse modo, fruto de muitas pressões e conchavos, a iniciativa médica privada garantiu a prestação de serviços pelo SUS, conforme preconizado pela Lei 8.080/90, art.24, ao “recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada” quando as disponibilidades do sistema forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial e, preferencialmente, deve ser prestados pelas entidades filantrópicas sem fins lucrativos.

Mesmo não assegurando um Sistema de Saúde totalmente estatal, conforme proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária, a Constituição de 1988 conforme assinala Bravo (2001), contraria os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica.

A presença do setor público e da iniciativa privada no SUS somente legitima uma questão histórica do sistema de saúde no país. Dessa maneira aquilo que no passado expressa uma relação “promiscua onde, por vezes, se tornava difícil distinguir o que é público do privado, agora é juridicamente separado, o que não significa que as práticas correspondem com a legislação sobre elas” (GERSCHMAN; VIANA 2005, p.318).

O caráter de complementar da iniciativa privada aos serviços públicos, expresso em contrato de direito público, favoreceu a continuidade da privatização dos recursos públicos por meio da compra de serviços privados. Essa lógica privatista contraria o princípio da universalidade, de garantia de acesso aos serviços por todos, ao não conseguir responder de maneira satisfatória à crescente demanda, sendo, pois, sinônimo da escassez. Serviços de saúde gratuitos de baixa qualidade, destinados aos trabalhadores inseridos no mercado informal e/ou aos mal remunerados, e a população a margem do processo produtivo, caracteriza o SUS como um sistema para os pobres ou ainda expressa a “universalização excludente” (MOTA, 1995, p. 175),

Em relação ao financiamento, de acordo com o art. 198, Parágrafo Único, “O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

No contexto mundial, operam no seio do capitalismo transformações sócio-político-econômicas que sinalizam no entendimento de Hobsbawn (1995), para o fim

de uma fase de ouro, responsável por amplo processo de desenvolvimento desse modo de produção, e nesse sentido marcou também a crise do Estado de Bem-Estar Social (COELHO, 1997).

Essas transformações têm rebatimento no Brasil e coincidem com a implantação do SUS. Estava a economia brasileira sob os auspícios do ajuste macroeconômico de cunho neoliberal²⁷. Esse processo de globalização da economia, sob os ditames neoliberais, teve sérias implicações na realidade brasileira, sinalizando com medidas que inviabilizam a cidadania ampliada, quais sejam: a redução das despesas públicas, a privatização, a flexibilização das relações de trabalho, a disciplina fiscal para a eliminação do *déficit público*, a reforma tributária, a abertura do mercado ao comércio exterior, a redução do papel do Estado transferindo para a sociedade civil a gestão das políticas sociais, por meio da filantropia, da autoajuda, da caridade e da benesse (PEREIRA, 2006).

Sua influência, especificamente na saúde, refletiu-se em diferentes frentes. Em relação ao financiamento, foi responsável por um modelo liberal nos padrões norte-americano, contrariando o modelo de um sistema de saúde nos moldes do Estado de Bem-Estar Social.

Outro agravante refere-se ao clima político ideológico desfavorável à valorização e expansão da força de trabalho na administração pública, questão de vital importância para o desenvolvimento dos princípios do SUS nas esferas estaduais e municipais (NOGUEIRA, 2006).

Apesar de toda essa conjuntura política-econômica, é importante reconhecer a importância do SUS. Na opinião de Campos, G. (2007), esse Sistema rema contra a maré, especialmente quando se busca a focalização dos programas sociais e o SUS defende a universalidade. O neoliberalismo recomendava a responsabilidade pelo atendimento à população ao setor privado ou a organizações não governamentais, e a implantação do SUS ampliou serviços e postos de trabalho na área da saúde nas três esferas de governo. Ao Estado estava reservada a regulação do mercado e a prestação de alguns serviços, mas o SUS busca a integralidade. Por tudo, afirma que o SUS atua em descompasso com o discurso liberal hegemônico.

27 Surgiu no contexto mundial ainda na década de 1970, com mais intensidade na década de 1980, com profundas rupturas e transformações no modo de produção (fim do socialismo do leste-europeu) e da organização e divisão do trabalho, com inovações tecnológicas, configurando a chamada Terceira Revolução Industrial (UGA; VIANA, 2005).

O autor mencionado, afirma ainda que o SUS é considerado um dos maiores Sistemas de Saúde mundial; responde por uma demanda de 70% da população brasileira, ao assegurar a 100 milhões de brasileiros acesso à atenção primária de saúde: vacinas, partos, programas de atenção aos hipertensos, além de garantir medicamentos essenciais. É responsável por mais de dois terços dos atendimentos de terapia intensiva, câncer, traumatologia, transplantes e AIDS.

O Sistema teve como marco não somente a reforma do Estado, pela redução de suas funções com a descentralização e o controle dos gastos, mas sobretudo pela sua implantação e implementação de gestão com eficiência e eficácia quando responde às demandas dos usuários, amplia o acesso aos diversos níveis de atenção e ainda assegura uma nova configuração da relação Estado/sociedade por meio do controle social.

O processo de descentralização, analisado à luz das políticas sociais, tem claro o objetivo de reduzir as desigualdades sociais e promover a equidade aos serviços sociais. Nesse entendimento, ao avaliar o SUS, Elias (2004) no artigo o “Estado e a Saúde, os desafios do Brasil contemporâneo”, afirma:

[...] na situação de enfrentamento da exclusão social, o SUS ganha grande alento compondo um projeto para a área social centrado na distribuição de renda e articulador, pelo menos, das funções estatais na educação, na saúde e no saneamento básico, a fim de promover a aproximação entre as razões social e econômica, que significa resgatar a economia para o plano da política (p. 46)

Após a revisão da literatura, é perceptível que os princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária, em especial o SUS, expressam um modelo de sociedade em que a lógica do capital não sobreponha à garantia dos direitos sociais e ao acesso democrático aos bens e serviços de saúde.

Diante da ofensiva neoliberal, o desafio é preservar as conquistas asseguradas pelo SUS, e isso denota o fortalecimento da participação popular e dos movimentos sociais, o que pode assegurar a prevalência do debate público e da participação democrática de cidadãos organizados, a fim de que possam interferir e deliberar em questões de interesse coletivo, visando consensos possíveis para superação de conflitos e ampliação dos direitos sociais (IAMAMOTO, 2007).

Esse aspecto reforça ainda mais a importância da força da participação da sociedade civil, ao impor ao Estado um alargamento dos direitos sociais, bem como a inclusão de milhões de pessoas não só na sociedade do Bem-Estar, mas também no mundo da política (CAMPOS, G., 1992) E nessa seara o exercício do controle social é imprescindível e constitui objeto do próximo capítulo.

3.2 O exercício do controle social no SUS: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde

O debate sobre o controle social como “resultados do processo de democratização do país e pressupostos dessa democracia” (CORREIA, 2000, p. 54) está expresso nas propostas da VIII CNS/86 e respaldou as lutas do Movimento de Reforma Sanitária, as lutas populares e dos movimentos sociais, para a aprovação de um capítulo específico na Constituição Federal de 1988, relativo à Saúde, com a Assistência Social e a Previdência Social integrantes da Seguridade Social. A Carta Magna, portanto, contempla os princípios defendidos na VIII Conferência Nacional de Saúde com vistas à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) regionalizado, hierarquizado, universal e com controle social pela participação popular. Chauí (2004) afirma que a participação democrática é um desafio e uma conquista é resultante de um processo e não o seu ponto de partida.

Nesses moldes, foi assegurado na Constituição/88 o exercício do controle social com a participação popular. Assim entende-se como democratização das decisões que dizem respeito à vida da coletividade brasileira na esfera da saúde. Construído no plano jurídico, na década de 1980, sua efetivação ocorreu a partir de 1990, com a regulamentação pelas Leis 8.142/90 e 8.080/90. É na Lei 8.142/90 que se encontra, inicialmente, o detalhamento de como se dá o exercício do controle social na saúde. São inovações que refletiram mudanças na concepção dos papéis do Estado e da sociedade na formulação e gestão das políticas governamentais de saúde.

A participação da sociedade civil foi defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária e assegurada no artigo 1º da Lei 8.142/90 por meio de duas instâncias²⁸ colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, presentes nas três esferas de governo, como mecanismos legais de controle social. O seu efetivo exercício contribui para o planejamento de uma política de saúde mais próxima da realidade do cidadão, no sentido de elaborar, implementar e fiscalizar a Política de Saúde. Entender a saúde na perspectiva de controle social com participação popular significa colocar-se na contramão de um projeto conservador, pautado no modelo clínico, com planejamento de ações e serviços que muitas vezes não refletem a necessidade de seus usuários.

No âmbito do SUS, a participação popular como exercício do controle social se efetiva na construção e acompanhamento das políticas públicas de saúde na perspec-

²⁸ Existem outros mecanismos, como: Ministério Público, órgãos de defesa do consumidor, meios de comunicação oficiais e Conselhos profissionais.

tiva de uma cidadania ampla, como requer a consolidação de uma democracia participativa. Nesse sentido pode-se dizer que a cidadania política encontra, no exercício do controle social, uma satisfatória conformação.

Bravo (1996) destaca que a saúde, conforme inscrita na Constituição, constitui-se elemento importante da democracia e da cidadania, ao assegurar direitos, e também pelo caráter revolucionário e de consenso, em razão de ser, a saúde, um campo privilegiado de lutas de classes, em que se disputam diferentes projetos societários.

O controle social pela participação popular é entendido, nessa perspectiva, como um espaço de representação da sociedade, em que se articulam diferentes atores, representantes dos movimentos populares, entidades de classe, sindicatos, gestores, entidades jurídicas, prestadores de serviço, visando construir uma política de saúde voltada para os reais interesses da maioria.

Coutinho (1989, 2000) afirma que somente por meio de uma articulação entre mecanismos de representação indireta com organismos populares de democracia de base é possível pensar em uma nova concepção de democracia e cidadania. É essa articulação que torna possível a participação das classes subalternas no poder político, influenciando suas decisões. Os Conselhos são reconhecidos como novos institutos democráticos, resultados da auto-organização

que compõem a sociedade civil, além de partidos, sindicatos, constituindo-se em espaços que possibilitam a organização da massa de baixo para cima e o seu reconhecimento como sujeitos políticos coletivos.

Nesse entendimento aborda-se, a seguir, o exercício do controle social pelas Conferências e Conselhos de Saúde. Cabe ressaltar, em vista da relevância dessas instâncias previstas em lei, que esses não são os únicos espaços para o pleno exercício do controle social. Outros mecanismos respaldam tal atuação, como o Ministério Público, órgãos de defesa do consumidor, meios de comunicação oficiais e conselhos de profissionais. São espaços que podem contribuir com “os defensores e destinatários da política pública na defesa dos seus direitos” (BRAVO, 2007, p. 49).

Os Conselhos de Saúde

Um dos mecanismos privilegiados para o exercício do controle social no âmbito das políticas públicas e em especial da saúde são os Conselhos.

Segundo GONH (2007), a experiência de conselhos como processo de luta da classe trabalhadora postulando direitos sociais, tem na história mundial importantes experiências como: Conselhos Operários - Comuna de Paris (1871); Sovietes russos (1905); as experiências alemãs dos Conselhos de Fábricas (1918); Conselhos de autogestão operária – Samoupravlje (1948 - Iugoslávia); comissões internas para formação dos Conselhos de Fábrica (1920, Itália),

A experiência italiana foi pensada pelo marxista Antonio Gramsci, para quem os conselhos não tinham o caráter restritivo de uma organização sindical nem partidária, mas nem por isso deixaram de proporcionar uma vivência rica de aprendizado da democracia, na medida em que eram eleitos por todos os operários, em cada seção, em cada fábrica. Para ele, a partir dos Conselhos era possível construir uma hegemonia dentro das fábricas, com vistas às transformações, para além da defesa dos direitos sindicais e também à apropriação do processo de produção pelos operários. Por meio dos conselhos de fábrica, os operários deveriam intervir na organização do trabalho e estabelecer um poder democrático na fábrica, poder que se estenderia para o campo, na perspectiva de construção de um novo poder, com novos protagonistas (MACCIOCCHI, 1980).

No contexto brasileiro, as experiências de conselhos remontam ao início do século passado, identificadas “nas práticas operárias [...], inspiradas pelo anarquismo autogestionário” (RAICHELIS, 1998, p. 38) e, na sua maioria, expressando a luta dos trabalhadores por uma sociedade justa e democrática. É, no entanto, no contexto da ditadura militar de 1964 que a ação dos conselhos populares ganha força e cumprem um importante papel em todo o processo de redemocratização brasileira. Mais pontualmente a partir da segunda metade da década de 1970, ocorre a construção dos Conselhos de Políticas Públicas, que têm como marco histórico o Movimento de Saúde na Zona Leste da cidade de São Paulo, organizados pelas Comunidades Eclesiais de Base (CEB), especialmente na região do Jardim Nordeste e São Mateus. Nessa luta, um processo de mobilização de 2500 pessoas, por meio de um abaixo-assinado, levou à organização de comissões de saúde.

Em 1979 os Conselhos foram reconhecidos pela Secretaria Estadual de Saúde mediante decreto, contudo manteve sua autonomia em face do poder público. Em 1981 o movimento já atingia 19 bairros, envolvendo 100 mil moradores mobilizados. Até 1985 o Estado de São Paulo contava com 838 Conselhos de Saúde, fortalecendo o Movimento da Reforma Sanitária. Importante destacar as experiências das comissões de fábricas fomentadas pelas oposições nos anos 1970-1980, em especial no ABC Paulista (CAVALCANTI, 2000; RAICHELIS, 1998).

Na perspectiva da Constituição brasileira, os Conselhos são considerados marco do Movimento de Reforma Sanitária como expressão da participação popular, pela criação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de Governo, com o objetivo de garantir o acesso aos serviços de saúde e ao controle democrático, além do zelo pela coisa pública. Ao despontar com as mesmas características dos movimentos populares e organizações sindicais, os determinantes dessa participação relacionam-se com os profissionais de saúde pública e as lideranças populares, com posições favoráveis ou não às dos gestores (CARNEIRO JR., 2002).

Para o seu efetivo exercício, de maneira democrática e em conformidade com a lei de regulamentação, os Conselhos de Saúde são compostos por 50 % de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores de saúde e prestadores de serviços, com caráter permanente, deliberativo e paritário. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem o papel de controlar a execução da política de saúde, propondo estratégias de coordenação e gestão do SUS; o Conselho Estadual responde pelas estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS na esfera estadual; e o Conselho Municipal é o encarregado de formular estratégias para elaboração de planos de saúde, bem como atuar no controle das políticas definidas, fiscalizar os recursos do Fundo Municipal da Saúde e propor o Plano Municipal de Saúde, em consonância com a Lei de Diretrizes Orçamentárias.

De acordo com Carvalho J.C. (2007),

[...] O desenvolvimento do controle social no SUS pelos Conselhos começa a transparecer com a implementação da Norma Operacional Básica – NOB/93, que acelera a criação dos Conselhos de Saúde. Aprovada pela Portaria n.º. 545 do Ministério da Saúde, em 20 de maio de 1993, “regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de âmbito do Sistema Único de Saúde”. Essa descentralização implica, entre outros requisitos, controle social o que requer a existência e funcionamento regular dos conselhos de saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação da sociedade civil organizada. Os Conselhos de Saúde são tratados de forma especial no item 2 dessa NOB, como foros deliberativos do gerenciamento do processo de descentralização (p. 27 e 28).

Cabe destacar que na Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93), o funcionamento pleno em qualquer uma das três condições de gestão do processo de municipalização – incipiente, parcial e simplena - deve dispor do Conselho Municipal em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões (NOB 01/SUS/93). Em função desse pré-requisito, os conselhos de saúde se multiplicaram em todo país a partir de 1993(MOURA et al., 2007).

Os Conselhos foram propostos em uma conjuntura de efetiva mobilização popular, no entanto sua implementação acontece a partir dos anos 90, com o redirecio-

namento do papel do Estado, com a ofensiva da política neoliberal, em um contexto de destruição das conquistas sociais dos trabalhadores em nome da defesa do mercado e do capital (BRAVO, 2006a).

Os neoliberais reconhecem e incentivam a organização da sociedade civil, mas na defesa de interesses meramente corporativos, setoriais ou privatistas. Ao analisar do ponto de vista ideológico, isso sinaliza para o processo de despolitização da sociedade civil, visando transformá-la em um terceiro setor, situado para além do Estado e do mercado, regido por uma lógica solidarista e de filantropia. Assim, o Estado transfere para o terceiro setor sua responsabilidade na gestão e implementação dos direitos e políticas sociais.

Bravo (2007, p.48) entende que os Conselhos devem

[...] ser visualizados como locus do fazer político, como espaço contraditório, como uma nova modalidade de participação, ou seja, construção de uma cultura alicerçada nos pilares da democracia participativa e na possibilidade de construção da democracia de massas.

Nesse sentido, verificam-se os desafios para a efetivação do controle social nas políticas públicas por meio dos Conselhos, que se mostram como uma das principais inovações democráticas no campo das políticas públicas, por estabelecerem espaços de articulação permanente entre o Estado e a sociedade civil organizada, e, conseqüentemente, asseguram que políticas públicas e ações coletivas concretizem direitos sociais garantidos na Constituição (GONH, 2007).

Conforme Gonh (2007, p.85), os Conselhos “são dotados de potencial de transformação política” ao sinalizarem para um novo formato de políticas sociais com a participação de segmentos sociais na sua formulação e nos espaços de decisão. Assim é possível criar uma nova esfera pública, ao romper com a sociabilidade construída por relações de favor, de tutela, de clientelismo e pelo uso da coisa pública com fins privados.

Outra estratégia do controle social para a institucionalização da participação popular no SUS são as Conferências de Saúde, por assegurarem à sociedade civil mecanismos para interferir nos rumos da política de saúde, de forma a torná-la mais próxima das necessidades de seus usuários, dentro dos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Esse tema é abordado a seguir.

As Conferências de Saúde

As Conferências de Saúde expressam, como os Conselhos de Saúde, o exercício do controle social inscrito na Constituição/1988, assegurado como um direito regulamentado pela Lei 8.142/90.

As Conferências de Saúde constituem também, arena de conflitos em que diferentes interesses estão em disputa. Acontecem na esfera federal a cada quatro anos, na estadual e municipal, a cada dois anos, cuja convocação fica a cargo do gestor de cada esfera de governo. Sua representatividade é semelhante à dos Conselhos, composta por usuários, trabalhadores e gestores públicos da saúde e prestadores de serviços privados, escolhidos como delegados.

Na esfera federal as conferências foram instituídas por Getúlio Vargas²⁹ como forma de estabelecer uma articulação entre a União e os estados, para fortalecer nesses, os projetos de expansão e padronização das ações de saúde e, ainda, a regulação do fluxo de recursos financeiros. Não tinham, porém, caráter deliberativo.

No período compreendido entre 1941 e 1996, de acordo com o quadro a seguir, foram realizadas dez Conferências Nacionais de Saúde, em contextos “políticos diversos e cujas características em termos de composição, temário e deliberações foram muito diferentes” (ESCOREL; BLOCH, 2005, p. 83). Em todo o período passaram por profundas reformulações que em maior ou menor escala rebateram nas políticas de saúde e no sistema nacional de saúde.

Conferências Nacionais de Saúde: período de 1941 a 1996

Conferência	Data	Tema Central
I CNS	Novembro de 1941, governo Getúlio Vargas	- Reforma estrutural visando combater doenças específicas (tuberculose e hanseníase)
II CNS	Novembro de 1950, governo Eurico Gaspar Dutra	- Condições de higiene e segurança no trabalho e na prestação de assistência médica sanitária preventiva para os trabalhadores e gestantes
III CNS	3a15/12/63, governo João Goulart	- perfil do Estado Sanitário Brasileiro, que tem como princípio: “saúde é incompatível com pobreza”. Definição das atribuições das esferas de governo e discussão da municipalização da saúde

continua

29 Lei nº 378, DPL 11/11/1936, Ministro Gustavo Capanema.

conclusão

Conferência	Data	Tema Central
IV CNS	30/08 a 04/09/1967, governo Costa e Silva.	- Capacitação de Recursos Humanos para as atividades de saúde
V CNS	5 a 8/08 de 1975, governo Ernesto Geisel.	- Política Nacional de Saúde para ser submetida ao Conselho Nacional de Desenvolvimento
VI CNS	1 a 5/ 08/1977, governo Ernesto Geisel.	- Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde.
VII CNS	24 a 28/03/1980, governo João B. Figueiredo.	Extensão das Ações de Saúde pelos Serviços Básicos.
VIII CNS	17 a 21/03/1986, governo José Sarney	“Democracia e saúde”
IX CNS	4 a 14/08/1992, governo Fernando Collor.	“Saúde: Municipalização é o caminho”
X CNS	2 a 6/09/1996, governo Fernando H. Cardoso	“SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”

Fonte : ESCOREL (2005, p.116).

É importante destacar a realização, em 1963 da 3ª Conferência, no governo de João Goulart, por ser a primeira após a criação do Ministério da Saúde (1953) e por esboçar uma proposta de descentralização da saúde.

No contexto político do fim do regime autoritário e ascensão do governo civil, bem como de um novo pacto social do país, cresceram as articulações em defesa da redefinição da política de saúde, que, dentre as políticas sociais, era a que dispunha de uma proposta política mais articulada. As propostas que deram concretude formal e política à proposta de transformação da política de saúde foram oriundas de diversos fóruns coletivos. Nesse viés, em 1986 realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco na mudança da política de saúde brasileira, cujo objetivo foi obter subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Nessa conferência, diferentemente das anteriores, os usuários dos serviços de saúde foram convocados para participar, além de representantes de diferentes segmentos sociais; ausentes, porém, os prestadores dos serviços privados. Totalizando 4.500 participantes de todo o país, o que expressou a força política do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro.

O Relatório Final da Conferência consolidou as propostas do movimento e deu forma ao projeto de reforma. Foi a base para as discussões travadas na Assembléia Nacional Constituinte, e o resultado final assinalou alguns princípios defendidos e difundidos pelo Movimento de Reforma Sanitária (MENICUCCI, 2007, p.186). No

Relatório Final, contudo, não ficou explícito de que maneira seria o controle social no âmbito das Conferências.

A partir da criação da Lei Orgânica da Saúde (LOAS), nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, ficou estabelecido em § 1º, que:

A Conferência de Saúde reunir-se-á cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (Brasil, 1990).

Vale ressaltar o aspecto lacônico da composição da CNS: “representação dos vários segmentos sociais”, quando comparada à dos Conselhos de Saúde bem definida, com usuários dos serviços, profissionais de saúde, representantes do governo e prestadores de serviços. Em relação aos usuários, bem como aos demais representantes, há convergência entre os dois mecanismos de controle social. No que tange à regulamentação, foi mais abrangente para as Conferências em relação aos Conselhos. Nessa direção a norma legal define um fluxo decisório e operacional, no qual as Conferências fixam diretrizes para formulação de políticas a partir de um diagnóstico das condições de saúde, e os Conselhos têm a competência de propor estratégias e fazer o controle da execução das políticas e das instâncias executivas, no caso, Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde. E, ainda, implementam as políticas e homologam as deliberações apresentadas pelos Conselhos (SCOREL; BLOCH, 2005).

Essas estratégias de exercício do controle social, contudo, asseguram inovações políticas e institucionais no formato das políticas públicas brasileiras, apontando para reformas, “num país em que a democracia sempre foi mais exceção de que regra” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 178). Essas experiências, com todas as limitações e entraves, expressam a possibilidade de usuários, trabalhadores, romperem com a histórica centralização das gestões públicas, e irem além, no acompanhamento e formulação das políticas públicas, em especial da saúde. Por essas razões, assinala Kruger (2005), apesar de essas instâncias não terem alterado de maneira significativa o conteúdo e a forma das políticas governamentais, estão introduzindo novas perspectivas no âmbito público-estatal e, em nível restrito, estão possibilitando a socialização de informações sobre projetos, ações e financiamentos.

Nesse sentido, o exercício efetivo do controle social assegura maior visibilidade às demandas e à defesa do alargamento dos direitos sociais. Esses paradoxos

expressam o tortuoso caminho a ser percorrido em busca de uma sociedade fraterna e democrática, cujas conquistas são fruto de muita luta diante de uma “gramática social (e política) regida por regras muito excludentes que repõem velhas hierarquias, criam outras tantas e excluem do jogo a maioria”; mas demonstra também que é pela sociedade civil organizada que é possível vislumbrar “horizontes possíveis para uma utopia democrática” (TELES, 2006, p. 131).

CAPÍTULO IV

A POLÍTICA DE SAÚDE EM GOIÂNIA E O CONTROLE SOCIAL: A CIDADANIA EM PROCESSO

4.1 A Saúde em Goiânia: o SUS como divisor de águas

A origem da Saúde Pública no Brasil e em Goiás não fugiu à regra, como será visto adiante, foi direcionada para o controle e intervenção nas camadas trabalhadoras e pobres, associando essa política à pobreza, ao *homem inculto* ou ainda a questões e agravantes provenientes dos sertões. Isso ao utilizar de mecanismos de controle sobre valores, hábitos, crenças, estilos de vida comuns, que produziram uma “cultura material e simbólica por várias gerações” (VASCONCELLOS, 2000, p. 50).

Se, por um lado, ao incentivar o *Jeca*³⁰ a usar botas, construir fossas, beber água filtrada, fortalecer a educação sanitária em áreas rurais, conforme princípios defendidos pela Comissão Rockfeller, na tentativa de demonstrar a rentabilidade dos investimentos em saúde, para aumentar a produtividade e a força de trabalho, por outro, as expedições aos sertões permitiram aos sanitaristas brasileiros a identificação do estado de abandono da população rural pelas autoridades brasileiras (VASCONCELLOS, 2000, p. 46).

Em Goiás, a intervenção do poder público visando as melhorias sanitárias somente ocorreu em 1925, quando foi criado, pelo governador Brasil Ramos Caiado, o serviço de saúde. Para seu funcionamento, foram firmados acordos com o Departamento Nacional de Saúde Pública e com a Fundação Rockfeller. Por questões administrativas e financeiras o efetivo funcionamento do Serviço Sanitário ocorreu em 1926, com sede na primeira capital do Estado, a Cidade de Goiás (CAMPOS. I., 1999).

Nesse mesmo ano foi criado o Serviço de Higiene, em atendimento à necessidade de organização dos serviços de saúde. O Serviço transferiu para o município a fiscalização da higiene, como o controle sanitário, além da fiscalização das construções, dos gêneros alimentícios, das fábricas, de tudo que pudesse comprometer a salubridade do município. Nessa direção, criaram-se cinco Delegacias de Saúde, de maneira que o Estado ficou dividido em cinco setores, para melhor atendimento de suas necessidades.

30 Uma alusão ao homem sertanejo de Monteiro Lobato, denominado de Jeca tatu.

A *revolução de 1930* impôs a Goiás significativas mudanças políticas, sociais e econômicas, para além da substituição oligárquica no cenário de um estado predominantemente rural, pela era do desenvolvimento. Dessa maneira, surgiu a necessidade de fundar uma nova cidade que expressasse um centro político capaz de alavancar a economia do sul e sudeste do Estado. Ainda que o contexto estadual indicasse grandes entraves políticos e econômicos, para Getúlio, contudo, era imperiosa a criação de uma nova cidade/capital no planalto central para cumprir esse papel econômico (CAMPOS. I., 1999).

Aliada a esses fatores, uma questão política: o governador de Goiás, médico Brasil Ramos Caiado, fazia parte das forças conservadoras da oligarquia ruralista ligada à Aliança Liberal. Com a ascensão de Vargas, a oposição assume o poder na base da intervenção, sob a alegação de que o governo anterior utilizava-se do serviço sanitário como um instrumento de perseguição política aos adversários³¹. Nesse ambiente, Pedro Ludovico Teixeira é nomeado por Getúlio Vargas governador de Goiás. O fato, mais político que econômico, foi determinante para a mudança da capital. A capital, a cidade de Goiás, era o reduto dos Caiados, enquanto que Pedro Ludovico, também médico, tinha seu domicílio base e político em Rio Verde. A mudança da capital significava, pois, expressão de rompimento com o poder dos Caiados.

Ao assumir, Pedro Ludovico adotou um discurso mudancista em favor da criação de uma nova capital, alegando as precárias condições sanitárias e a falta de condições topográficas para expandir a estrutura urbana da capital de Goiás. Na sua concepção, a nova capital deveria priorizar a saúde dos habitantes, com abastecimento de água, rede de esgoto sanitário, coleta de lixo e regulamentação das construções focadas nos aspectos de higiene e conforto, ao passo que criticava a deficiência e o marasmo da centenária capital (FREITAS, 1999). Contudo, concretizada a transferência da capital, Pedro expõe os reais motivos do ato:

[...] confesso fazendo justiça à velha Goiás, que não foram motivos de ordem sanitária que pesaram no meu espírito para retirar-lhe a primazia de ser metrópole goiana [...] Causas de origem econômica, política e social influíram poderosamente para que lhe cerceassem o privilégio que usufruía (LUDOVICO apud ESTEVAM, 2004, p.101).

De acordo com Miguel,

31 Segundo Campos (1999), naquele período havia uma disputa política, fruto de rivalidades, e atribui a isso o fato de o médico Pedro Ludovico não ter seu nome incluído na relação dos médicos (total de 52) registrados pelo Serviço Sanitário estadual, publicada no Correio Oficial em 1929, instituída por Brasil Caiado.

[...] a fundação de Goiânia representou um esforço de integração ao complexo nacional. Isso ocorreu no momento em que o governo federal, respondendo às pressões externas em face dos grandes vazios demográficos das terras brasileiras, desencadeia sua política de interiorização (1980, p.78).

A criação de Goiânia expressou o “cumprimento de mais uma etapa da marcha para o oeste, dentro do processo de acumulação capitalista” (CHAUL, 1985, p.168), pela adoção de um novo modelo de ocupação agrícola, e sob o influxo de novas demandas impostas pela economia mundial e com rebatimento no cenário nacional. *A marcha para o oeste* e a construção de Goiânia foram decisivas para o crescimento populacional e o desenvolvimento econômico de Goiás (DOLLES, 1999, p. 302).

Quando da sua inauguração, em 1937³², Goiânia não dispunha de nenhum equipamento de saúde pública, demonstrando o descaso do Governo Vargas, “que pouco fez para melhorar o estado de saúde da população e atendê-la em suas necessidades de assistência médico-social” (FREITAS, 1999, p. 273). Em todo o Estado de Goiás, nesse período, havia somente duas instituições voltadas para o atendimento aos doentes, o Hospital São Pedro de Alcântara, criado na antiga capital em 1825, e o Hospital Evangélico de Anápolis, construído por iniciativa particular na década de 1920, como informa a autora.

Para enfrentamento da pobreza, das precárias condições de salubridade da periferia da cidade e dos minguados recursos financeiros públicos para o setor, a esposa do interventor e primeira dama, Gercina Borges Teixeira, organizou campanhas de arrecadação de recursos para a construção da Santa Casa de Misericórdia. A instituição, orientada pelos preceitos cristãos, que recomendavam apoio aos enfermos e necessitados, vinha minimizar o sofrimento físico, mas “sobretudo para salvação eterna de suas almas” (FREITAS, 1999, p. 273).

Em consequência, teve início em Goiás, como já ocorria em outras localidades, a franca expansão do parque hospitalar filantrópico, com crescimento desmedido no transcorrer do século XX, tornando-se o maior provedor de serviços hospitalares contratados pelo setor estatal, o que conferiu força política às instituições filantrópicas. E com o papel desempenhado por sua Confederação, transformou-se em um importante grupo de interesse do setor da saúde (GERSCHMAN, 2005).

32 A pedra simbólica da fundação de Goiânia foi lançada em 24 de outubro de 1933. Mas o Decreto nº 1.816 concretizou a mudança da capital de Goiás para Goiânia em 03/03/37. O batismo cultural ocorreu em 1942.

Inicialmente foi construído um pronto-socorro (1936) anexo às instalações da futura Santa Casa (1937), que esteve sob direção dos irmãos vicentinos (São Vicente de Paula)³³.

Outra iniciativa envolvendo associações particulares, organizadas e integradas por membros da sociedade civil, foi a criação de organizações privadas de assistência social, contrapondo à falta de ação direta do Estado. Foi nessa ocasião que a Sociedade Goiana de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra criou e administrou a Colônia Santa Marta, destinada ao atendimento dos portadores de hanseníase, e ainda o Preventório Afrânio Azevedo, para acolhimento dos filhos dos portadores da referida patologia. Outro feito foi a criação, em 1941, do Posto de Puericultura Santo Antônio, pela Associação de Proteção à Maternidade e à Infância. As entidades eram mantidas por subsídios públicos e contribuições de voluntários (FREITAS, 1999).

A proximidade do poder com essas instituições envolvia atitudes ocasionais, até mesmo mecanismos institucionais operados por entidades filantrópicas, com a transferência de recursos e responsabilidades estatais, que redundavam em regulação do favor, da troca pelo primeiro damismo ou pelas concessões dos políticos (MESTRINER, 2001).

O Estado, ao repassar recursos, subsídios, atribuindo imunidades, propiciando isenções, doações de áreas públicas para entidades filantrópicas implantarem seus equipamentos, eximia-se da responsabilidade e primazia pela construção de direitos pela ação da política social.

As diferentes organizações filantrópicas, ao longo dos anos, estabeleceram uma relação com o Estado extremamente complexa, mas bastante benéfica para seus interesses. Em sua maioria são originárias das classes média e alta, mantendo estreita relação com a elite e grupos políticos, o que resulta em favorecimento aos interesses privatistas. As ações filantrópicas se revestem de um perfil assistencialista, de apadrinhamento e de tutela (MESTRINER, 2001).

Essas organizações dispõem de um significativo montante financeiro que lhes assegura um considerável poder, e, por serem fomentadas pelo Estado, desenvolvem uma prática personalista e patrimonial, sem critérios universais, distanciando-se da noção de direito.

³³ O fato curioso que envolve esse nosocômio é relatado por Freitas (1999). Consistiu na venda de cartões, pelo hospital, com anúncios em jornais da época, para entrega aos mendigos, em vez de esmolas: aos seus portadores, a Santa Casa assegurou assistência às doenças e necessidades.

A política personalista é um campo fértil para o clientelismo e o fisiologismo, incentiva a tecnocracia, o privilégio, contribuindo para a despolitização da população e creditando às organizações e ao Estado o papel de benfeitores e tornando o benefício um favor.

A lógica do favor, da dádiva, tornou-se prevalência nos vínculos políticos e sociais, operando nas esferas da vida particular e privada as questões que, numa sociedade de direitos, deveriam ser fixadas como de caráter público (SEIBEL; OLIVEIRA, 2006), além de ser assegurado por políticas públicas o provimento de bens e serviços sociais demandados pela sociedade em sua relação de reciprocidade e antagonismo com o Estado. Nesse sentido a lógica da política é orientada pelo direito coletivo (PEREIRA, 2006).

A parceria com a filantropia e algumas unidades de saúde, assegurou ao governo, no processo de construção de Goiânia, a possibilidade de responder às demandas pontuais por assistência médica, expandindo os serviços e a rede física conforme as necessidades da população.

Nessa perspectiva de análise, já na década de 1950 o poder público dispunha do Hospital Aduino Botelho, destinado ao atendimento na área de psiquiatria/ neurologia; o Hospital do Pênfigo, para o atendimento dos portadores dessa doença; e o Sanatório Juscelino Kubitschek, para atendimento aos tuberculosos. As instituições localizavam-se na periferia da capital e expressaram uma forma de controle social no sentido de afastar do convívio social doente que colocasse em risco a ordem instituída. Essa rede foi ampliada gradativamente, a partir de 1962, passou a contar com o Hospital Geral de Goiânia³⁴, campo de estágio dos alunos da Faculdade de Medicina, cujo atendimento era destinado aos pobres, aos desempregados e aos indigentes; e ainda o Hospital da família Rassi, adquirido pelo IAPC, posteriormente denominado Hospital Geral do INAMPS (GODINHO, 2005).

O cenário político da década de 1960 era bastante agitado, e Goiás não ficou imune a essa efervescência política, marcada por pressões populares por reformas de base. Aliado a isso, o governo estadual priorizou o planejamento e elaborou o Plano de Desenvolvimento Econômico de Goiás (*Plano Mauro Borges – Plano MB*). Esse

³⁴ Atualmente, Hospital das Clínicas/UFG. Sua fundação foi uma exigência do curso de medicina/UFG, para ser campo de estágio dos alunos. Para seu funcionamento foi firmado convênio com o governo estadual, cabendo-lhe a manutenção, e à UFG o pagamento de pessoal. Na atualidade, é o maior hospital da Região Centro-Oeste, campo de estágio de cursos da área da saúde, referência em serviços como oftalmologia, doença de chagas, reprodução humana; atende a usuários do SUS de diferentes regiões do país, bem como de todo o Estado de Goiás. Desde sua criação é vinculado ao Ministério da Educação.

plano foi o primeiro a destinar 10% do orçamento para a saúde pública, e para sua elaboração ocorreram fóruns de discussões envolvendo profissionais da área.

A Secretaria de Saúde e Assistência foi substituída pela Organização de Saúde do Estado de Goiás (OSEGO)³⁵, autarquia vinculada à Secretaria de Governo, que buscou imprimir um modelo que rompesse com o perfil assistencialista anterior. Devido à grande extensão territorial de Goiás, o governo estabeleceu um convênio com a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), responsável pela assistência à região norte do Estado, acima do Paralelo 13, com total de 13 postos de saúde, além de um Centro de Treinamento. O governo do Estado fazia uma complementação da assistência pelo Serviço Itinerante de Saúde (SIS) nos locais de difícil acesso, não assistidos diretamente, ao assegurar o transporte de doentes em casos de emergência e ainda pela imunização e medicamentos para casos mais críticos ou calamidades públicas (CHAVES et al., 1984).

O Plano Mauro Borges propôs a divisão do Estado de Goiás em seis Distritos Sanitários, para responder às demandas por saúde e educação sanitária e também para implantar Unidades Sanitárias em todos os municípios com mais de três mil habitantes. Com as consequências do golpe militar em Goiás, essas propostas não se concretizaram.

Se por um lado o golpe militar expressou a face e a força do segmento da igreja católica conservadora e “demarcou a saída, via intervenção das Forças Armadas para a crise econômica e política do Estado populista” (COELHO, 1991, p. 55), que buscou acomodar os interesses das classes subalternas - com propostas de reforma de base - e das elites econômicas - assegurando mecanismos de acumulação e reprodução do capital, por outro lado, o contexto fortaleceu um outro segmento da igreja católica, que já havia despontado na década anterior, mais crítico diante da realidade nacional. Desempenhou um importante papel junto às classes subalternas, ao despertá-las para seus problemas e necessidade de resolvê-los. Um dos grandes expoentes dessa corrente em Goiás é Dom Tomás Balduino. Por meio das Comunidades Eclesiais de Base, importantes trabalhos foram realizados em todo o país e também em Goiânia, envolvendo direitos humanos, alfabetização, medicina alternativa, luta pelos direitos. Na década de 1980, contribuiu para a mobilização pró-reforma na política de saúde.

No que se refere à política de saúde no Estado de Goiás, foi orientada pela assistência médica hospitalar, contrapondo-se à medicina preventiva. Dentro do mo-

35 Criada em 14/11/1963, Lei 4.920.

delo médico assistencial verificou-se o fortalecimento da iniciativa privada por meio da compra de serviços junto aos hospitais particulares, filantrópicos, médicos credenciados, tudo em detrimento do público. Essa prática ocorreu em âmbito nacional.

Entre 1966 e 1971, o poder público priorizou os investimentos, em Goiânia, na construção de unidades hospitalares³⁶, e iniciou a construção do Centro Materno Infantil (atual Hospital Materno Infantil). Isso reforça a concepção do poder público na capital, pois desde o início o atendimento pela rede pública hospitalar restringiu-se às atividades materno-infantis e às doenças pelas quais a rede privada não tinha interesse. As ações desenvolvidas pelo poder público nessas áreas eram curativas e intervencionistas, fortalecendo a lógica hospitalar (RASSI, 1991), expressão do processo de mercantilização da saúde em curso, como também do descaso e omissão do governo na área de saúde.

Do ponto de vista da política de saúde, a década de 1970 respondeu por ações campanhistas de combate a doenças endêmicas, em especial à meningite, e de cobertura vacinal em crianças, em face da grande incidência de poliomielite.

É preciso registrar que ocorreu em todo o país um surto de meningite, ocultado pela ditadura, que utilizou o discurso de preservação “da segurança nacional, para assegurar a paz, a tranquilidade, atrair os investimentos estrangeiros e garantir fôlego ao milagre econômico” (MORAES et al., 1984, p.28).

Para viabilizar as ações de saúde, o governo de Goiás celebrou convênios com Organismos Internacionais de Saúde, com enfoque na assistência à saúde, por meio de programas docentes assistenciais, de medicina integral, medicina comunitária, desenvolvidos pelo Projeto Kellog³⁷.

Em 1972 foi criada, em Goiânia, a Fundação de Desenvolvimento Comunitário (FUMDEC), por decisão política do prefeito Manoel dos Reis, responsável pela nomeação da presidência e superintendência, ficando assegurado no Estatuto que a primeira dama do município seria a presidente da entidade. Mas sua efetivação só ocorreu em 1974, na gestão de Rubens Guerra, nomeado para o cargo de prefeito³⁸.

36 Conforme Rassi (1991), os hospitais públicos que surgiram pontualmente em Goiânia constituíram marca de cada governo: Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (Otávio Lage); Maternidade Dona Iris (Iris Rezende); Centro Materno-Infantil (Irapuan Costa. Jr); Hospital de Urgência de Goiânia/HUGO (Henrique Santillo).

37 Parceria entre *Kellog Foundation*, OSEGO, Faculdade de Medicina/UFG, OPAS.

38 Nesse contexto, os cargos do executivo eram nomeados pelos militares denominados biônicos.

A criação do órgão já havia sido apontada pelo Plano de Desenvolvimento Integrado de Goiânia, formulado pelos técnicos da Superintendência do Plano de Goiânia (SUPERPLAN), na gestão do prefeito Íris Rezende, em 1969, como enfrentamento dos problemas sociais decorrentes do acelerado crescimento populacional da capital. No que tange à saúde, definiu-se que as ações da prefeitura fossem essencialmente preventivas e educativas, com a utilização dos recursos humanos existentes nas universidades de Goiânia. Sua execução, porém, foi interrompida por ter sido o gestor afastado do cargo pela ditadura militar.

Anteriormente à FUMDEC, a assistência social era pautada pela “política de Prefeitura nos Bairros”, criada pelo prefeito Manoel dos Reis, com ações pontuais, como abertura de estradas, ruas, cursos de cabeleireiro, barbeiro, cozinheiro, para aferir pressão, extrair dentes. Isso evidenciava a subordinação da política social aos interesses político-partidários e fortalecia a prática da troca, em retribuição ao que fora recebido (MOURA, 2002, p. 35).

Em seu efetivo funcionamento, a FUMDEC respondeu por duas políticas, saúde e assistência social. Na prática, porém sempre ocorreram de forma isolada e de acordo com a atenção dos gestores. Ainda que não tenha ocorrido uma definição clara de política social para Goiânia, havia uma priorização da assistência em detrimento da saúde. As ações desenvolveram-se de maneira restrita, focalizada, por meio da individualização e diferenciação das situações de natureza comum, com fragmentação das atividades e dos serviços a partir da tipificação da carência (ELIAS NETO; MAGALHÃES, 2008).

Dentro da estrutura da FUMDEC, o órgão responsável pela política de saúde, a Coordenadoria de Assistência Médico Sanitária (CAMS)³⁹, viabilizou as ações com ênfase curativa dentro de uma estrutura ruim.

A presença do governo estadual era muito forte no município, em diversas áreas, mas sem uma articulação institucional capaz de agregar esforços diante dos minguados investimentos financeiros na política social, em especial de saúde. Os recursos ficavam dispersos e a resolutividade aquém das expectativas e necessidades (RASSI, 1991).

O domínio exercido pelo governo estadual em relação ao município reflete a própria formação do Estado brasileiro, arraigado na influência das oligarquias agrárias

39 Desenvolve os seguintes Programas: Prevenção do Câncer do Colo Uterino; Avaliação e Assistência à Saúde Infantil; Saúde para o Povo; Terapia de Reidratação Oral; Serviço de Vigilância Epidemiológica; Assistência Materno-infantil; Atendimento Odontológico-escolar; Vacinação de Rotina; Atenção à Saúde Escolar; Saúde Oral; Nutrição e Saúde; Atenção Primária à Saúde e Programa de Atendimento Farmacêutico.

do poder local, ao fortalecer os aliados políticos em troca de favor e benefícios, ou seja, mediante “uma monarquia sem imperador, uma democracia de senhores, das elites para as elites dos mais ricos e poderosos” (FERNANDES F., 1994, p. 100). A tutela imposta pelo poder estadual aos municípios reflete-se, em especial, no aspecto financeiro, pois a maioria dos municípios, ao não dispor de recursos para realizar as ações necessárias, condiciona o desempenho do prefeito ao apoio que recebe do governador, o que fortalece a efetivação das estratégias de controle social pelo Estado para exercer o domínio sobre a sociedade.

Aliado a esse centralismo estadual, a pouca ou quase nula existência de canais institucionais de participação da população nos encaminhamentos de suas demandas por saúde contribuiu ainda mais para a baixa eficácia das ações.

Ao longo de sua existência, a FUMDEC foi marcada pela descontinuidade dos programas e projetos em razão das mudanças de governos, ainda que, muitas vezes, do mesmo partido (RASSI, 1991).

Um fator que caracteriza a política brasileira e que reflete em âmbito municipal é o personalismo dos políticos, o pouco compromisso com os interesses da sociedade. Deixando a vaidade falar mais alto, cada um que assume quer deixar sua marca, que, na maioria das vezes, não significa uma vontade coletiva. O personalismo é destrutivo para a política, ao reforçar “um tipo de liderança que só serve à consagração da existente, ao embrutecimento das massas, não à transformação social e à tomada de consciência” (COUTINHO, 2006, p. 111).

A realidade, respeitadas as diferenças regionais, convive com práticas democráticas e práticas autoritárias, e, dessa maneira, as políticas públicas expressam muito desse conflito. Programas bem articulados são interrompidos de maneira autoritária, sem considerar sua relevância econômica, social, para a população, envolvida por disputas políticas, por interesses de grupos que assumem o poder. Esses fatores comprometem o desenvolvimento e constituem entraves a serem superados, aspectos que reforçam a importância da participação da sociedade na gestão pública, para assegurá-la efetivamente de acordo com os interesses públicos e os direitos de cidadania, que, entende-se, devem prevalecer sobre a ineficiência, a ineficácia, o clientelismo e a corrupção.

Os fatores mencionados anteriormente, ao longo dos anos reforçaram políticas sociais, focalizadas e residuais, com resultados pífios. Somado a isso, a crise econômica, política e social imposta pelo modelo de gestão adotado pela ditadura militar. Esse cenário, agravado com o fim do milagre econômico, responsável pela

deterioração das condições de vida da maioria dos brasileiros/goianienses, fortaleceu a emergência de movimentos sociais de caráter popular.

Esses acontecimentos impuseram ao governo estadual a necessidade de responder com algumas iniciativas, especialmente na saúde pública. Assim, em 1975, recriou-se a Secretaria de Saúde do Estado, quando foi apresentado o Plano de Governo com estratégias de combate à mortalidade infantil, de ações de higiene infantil e pré-escolar, de campanhas de vacinação e atenção às gestantes. Mas também deixou explícita a opção pela ampliação dos leitos hospitalares do setor privado, em substituição à política de ampliação da rede pública (ELIAS NETO; MAGALHÃES, 2008).

A trajetória da política de saúde pública de Goiás e de Goiânia, no período ditatorial, foi marcada por sérios limites na sua concepção e na estruturação dos serviços de saúde, delineando experiências diversificadas, que resultaram na pouca efetividade das propostas, com pouca divulgação junto à população.

Os movimentos sociais desencadeados em fins da década de 1970, intensificaram-se nesse período e alteraram significativamente os rumos não só de Goiás, mas do país. As condições históricas, sociais e políticas construíram uma outra identidade política, articulando a luta com diferentes segmentos da classe trabalhadora, como forma de resistência e enfrentamento das atrocidades do governo militar, de favorecimento ao capital - nacional e internacional – reforçando as desigualdades sociais.

Do ponto de vista econômico, na década de 1980, com a interrupção do ciclo de industrialização, o Brasil ingressou na mais longa crise de desenvolvimento, com avanço do desemprego e deterioração das condições de vida da população. Identificada como a década perdida, contudo é a partir dela que foram intensificadas as discussões e participação política de vários setores da sociedade (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

A retomada da organização dos trabalhadores brasileiros dentro de nova concepção sindical - novo sindicalismo - contrapondo-se ao sindicalismo oficial do período anterior ao golpe militar, de “práticas populista de dirigentes pelegos” (MARTINS 2001, p. 54), foi aliada à possibilidade de criação de um partido político a partir da organização daqueles trabalhadores. No âmbito estadual essa década marcou a fundação do Partido dos Trabalhadores (1980), criação da Central Única dos Trabalhadores (1983), Central Geral dos Trabalhadores (1986), Centro dos Professores de Goiás (CPG), Sindicatos de Assistentes Sociais, dos Enfermeiros, dos Médicos,

dentre outros. O inimigo comum era a ditadura militar e sua política econômica, que acarretou o desemprego, a inflação, fortaleceu a iniciativa privada em detrimento do público, especialmente na saúde pública, bem como precarizou salários e condições de trabalho, além de impor uma carestia a toda a população (NAZARENO, 1996).

No âmbito da política de saúde, “o descompasso entre os tempos político e técnico-administrativo se refletia no cotidiano do complexo Secretaria Estadual de Saúde/ OSEGO” (ELIAS NETO; MAGALHÃES, 2008, p. 8), o que levou à mobilização dos profissionais de saúde na defesa de mudanças no modelo vigente. Como instrumento de luta, os trabalhadores vinculados à OSEGO deflagraram diversas greves, especialmente até 1983, para reivindicarem melhores condições de trabalho e melhores salários.

As greves eram reprimidas pela polícia e o governo estadual pressionava para seu término, o que não intimidava os grevistas, que demonstravam resistência e denunciavam as pressões sofridas. A intensidade dessas ações e a dimensão que assumiram fizeram crescer a mobilização e a organização dos profissionais de saúde, com ganhos e avanços no embate com o poder público (FERREIRA, 1984).

O Jornal Diário da Manhã de 7/10/1980 trouxe como manchete de primeira página: “Os funcionários do Hospital de Doenças Tropicais⁴⁰ estão presos e incomunicáveis”. O governo respondeu à greve com demissão, de aproximadamente, 50 trabalhadores, atitude repudiada pela arquidiocese de Goiânia⁴¹ e entidades classistas, como dos médicos, dos servidores da UFG, da OSEGO, dos médicos residentes do HC/FM/UFG, dos Centros Acadêmicos de medicina, enfermagem e nutrição/UFG. Em assembléia dessas categorias, foi definido e realizado um ato público de repúdio às demissões.

Naquele momento ficaram bastante evidentes os interesses dos grupos. De um lado os profissionais de saúde, apoiados pela igreja e entidades da sociedade civil; de outro, o Estado tentando impor a ordem, de maneira coercitiva e repressiva.

Concomitantemente com essa luta, além de articulações pelo fim do regime militar - o ponto de unidade – estavam articuladas as categorias profissionais dos assistentes sociais, enfermeiros, odontólogos, médicos, e o movimento de luta anti-manicomial, engrossando a luta por mudanças na política de saúde, marcada pela lógica hospitalocêntrica.

40 Antigo Hospital do Pênfigo

41 A Arquidiocese de Goiânia optou por um projeto eclesial baseado na luta pela justiça, na defesa dos direitos humanos e na interlocução com os movimentos populares. Ao aderir às aspirações populares, acirrou o conflito com o regime militar e abriu espaço para a politização, no interior da instituição (DUARTE, 1996).

A luta dos assistentes sociais, nessa época, estava inserida no processo de renovação crítica do Serviço Social brasileiro, com revisão do seu referencial teórico, ao se aproximar do marxismo, ao defender a necessidade da ação profissional voltada para os interesses da população e ao deslocar a assistência social do âmbito caritativo/assistencialista para o entendimento da proteção e direito social.

No que se refere à participação dos profissionais médicos nesse processo, o relato a seguir destaca que defendiam mudanças na conjuntura política:

[...] para mudar o comando das entidades médicas, tinha essa cara política, [e] um interesse corporativo muito forte, tanto que na hora que (assume) o comando, o movimento opera dentro dos limites aceitáveis para o conjunto da categoria. Ele não continua produzindo mudanças, ele na verdade tinha mudanças, mas mantendo o status quo. Não era mudança para além do status quo, ou seja, era preciso manter a força da categoria médica, sua influência, mas dentro de limites mais democráticos (entrevista 4, gestor)⁴².

O movimento em prol de mudanças na política de saúde fortaleceu paulatinamente e assegurou conquistas, ao influenciar os rumos da política no município, ainda que a Prefeitura de Goiânia se mantivesse afastada do processo de organização da atenção sanitária na capital. A partir da realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, mencionada anteriormente, e da VII Conferência Nacional de Saúde (março de 1980), fortaleceu-se a importância da regionalização e da organização dos serviços de saúde, ensaiando-se alterações no âmbito municipal. Sobre essa organização, o depoimento a seguir destaca que:

[...] já tinha um conjunto de conceitos que vinham sendo construídos, haviam pessoas que trabalhavam na saúde pública, embora a saúde pública tivesse um outro eixo aqui em Goiás [Goiânia]. Era muito mais voltada para atividades de humanização, de cuidados com gestantes, essa tradição mais sanitária e menos voltada à organização do sistema, então nesse contexto você tinha profissionais que participavam, não eram muitos (entrevista 4, gestor).

Com a derrota da Arena na primeira eleição pós-ditadura militar, em 1982, o governador eleito pelo MDB, Íris Rezende, implantou, em 1983, o Escritório Regional de Saúde de Goiânia que, apesar de ter sido proposto três anos antes, por questões

42 Médico, militante do movimento estudantil, do ex-PCB, participou da organização dos trabalhadores de saúde em Goiás, da VIII Conferência Nacional de Saúde, da criação do SUS e sua implantação em Goiânia. Foi vereador e Secretário Municipal de Saúde de Goiânia, e ainda ocupou cargos na esfera estadual e federal no âmbito da política de saúde. Atualmente é professor universitário

políticas teve sua implementação protelada. Inicialmente escritórios regionais foram criados em Anicuns, Jataí, Campos Belos, Morrinhos, Pires do Rio, Porto Nacional. A Fundação SESP gerenciava os escritórios localizados no extremo norte (ELIAS NETO; MAGALHÃES 2008).

Os Escritórios foram responsáveis pela mudança político-administrativa, ao implementarem os princípios de descentralização, desconcentração dos recursos e hierarquização dos serviços propostos pelas AIS, e ainda encarregados do acompanhamento das unidades ambulatoriais de 23 municípios, dentre os quais Goiânia.

A política social não foi priorizada nos planejamentos governamentais, nem estadual nem municipal; era expressa nos reduzidos recursos alocados para custeio e investimento na área. Outro agravante foi a fragmentação dos programas e o conseqüente paralelismo das ações institucionais, demonstrado na setorização e na compartimentalização das ações públicas, assim como na sua burocratização (RASSI, 1991).

É importante destacar a forte intervenção estadual no município no campo da saúde. Expressa na política nacional, gestora de políticas, ações e diretrizes passavam pela esfera estadual para se concretizarem no município, cuja posição era de receptor das ações federais e estaduais.

Entre os principais entraves que influíram na pouca eficácia das AIS no âmbito de Goiânia, para além da precária estrutura organizacional das instituições envolvidas, estava a pouca credibilidade dos serviços de menor complexidade junto à população, quer seja pelos interesses das multinacionais em vender tecnologia e terapêutica sofisticada, maciçamente veiculadas pela mídia, e pela formação de médicos sem priorizar a resolução dos problemas básicos de saúde. Aliada a tudo isso, registra-se a exclusão da população alvo das tomadas de decisões na formulação das ações, sob a justificativa de que ela não possuía informação necessária para se inserir no processo decisório, nem tampouco estava organizada para formular seus direitos (RASSI, 1991).

O cenário expressava a presença do jogo de interesses privados, mais uma cumplicidade da categoria médica com esses interesses e, ao mesmo tempo, explicitava uma concepção burguesa de saber à medida que se negava à população capacidade desse saber.

Segundo Gramsci (1968), todo homem é filósofo, dispõe de uma filosofia espontânea, uma concepção de mundo que é expressa nos seus valores, na sua linguagem, nas suas crenças, aspirações, no senso comum, na religião e no folclore.

A filosofia como concepção crítica do mundo e forma de conhecimento faz a passagem do senso comum ao bom senso, e nesse processo dialético conhece transformações, contradições, podendo chegar à filosofia da práxis. Essa passagem é feita no dia a dia da população, não é linear nem mecânica, conhece mediações no enfrentamento das suas lutas cotidianas, o que possibilita à população se organizar politicamente, reivindicar direitos, participar do planejamento das ações a partir de suas necessidades e aspirações, cobrar, acompanhar, fiscalizar as ações das políticas públicas, em especial as da saúde.

Tal movimento é capaz de construir uma concepção nova de mundo, do ponto de vista ideológico, político e econômico, ao criar uma vontade coletiva, uma convergência de objetivos que conduza à emancipação humana.

Nesta direção, pois a década de 1980 é divisora de águas no Brasil/Goiás, pela possibilidade ímpar de avanços na ordem dos direitos sociais assegurados pela participação popular. Somente aconteceram em razão da pressão da sociedade civil. Nesse contexto, bastante expressivo, o Movimento de Reforma Sanitária em âmbito nacional, já abordado neste estudo, exerceu papel decisivo na conquista do Sistema Único de Saúde, como na formulação de uma Constituição Cidadã.

Em Goiânia, a luta por acesso aos serviços públicos e por mudanças no modelo de saúde vigente foi organizada a partir da mobilização de profissionais com formação em saúde pública, professores universitários, entidades de classe, movimento estudantil e pela Igreja Católica, por meio das Comunidades Eclesiais de Base. Esses diversos segmentos organizados expressavam uma formação ideológica e política comprometida com as lutas das classes subalternas.

Essas parcerias consistiram em ricas experiências, pela realização de diversas atividades e debates sobre a saúde, como fóruns, encontros e palestras na periferia da capital, conforme atesta o depoimento:

[...] a gente utilizava sempre a saúde como foco básico pra iniciar uma discussão [...]. A gente buscou sempre partir de onde eles estavam [...] A gente expandia a discussão para uma questão maior, que era o meio que eles viviam, como é que eles foram parar ali, e o que era a questão da saúde ? [...] onde [...] havia alterações ou analogias que pudessem ser feitas? Da situação de

saúde, para a situação de vida, então expandir para o que eles faziam dentro da própria comunidade (entrevista 3, trabalhadora social)⁴³.

Assim, segundo COELHO (1997, p. 91), “o posicionamento político dos intelectuais (compreende) a prática da saúde contextualizada no conjunto das práticas sociais que movimentam a sociedade” e é capaz de assegurar a transformação social. Por essa razão é importante buscar aliados para seus projetos por meio da direção e do consenso, “convergir os interesses das forças que se unirão em torno de uma nova proposta” (DÂMASO, 1989, p. 94). Nesse sentido, se as classes subalternas se mantêm à margem dos processos decisórios sem o direito de decidir sobre suas necessidades, é papel dos profissionais tornarem essa participação efetiva. Desse modo os intelectuais assumem o protagonismo na articulação por mudanças na política de saúde, para formular a ideologia da classe dominante, tomando consciência de seu papel, ao transformar em concepção de mundo e assumir a direção ideológica da nova classe fundamental (GRAMSCI, 1968).

Vale registrar que a participação do movimento popular em algumas ocasiões era restrita. A população encontrava dificuldades para se expor, ser ouvida, priorizavam-se os profissionais da área da saúde, grupo que conseguiu se fortalecer. O relato de uma trabalhadora social esclarece essa análise:

[...] eu sentia que a própria postura intelectual do profissional, dito como intelectual e organizador das conferências, dificultava a participação popular. O espaço era limitado e eu tentava muitas vezes, nunca vir como a representante do movimento popular, mas sempre trazer um, ou outro representante pra ele falar, ele trazer a fala dele. E a gente sentia dificuldade em fazer com que essa fala fosse inserida dentro do contexto geral. (entrevista 3, trabalhadora social).

A fala da entrevistada reflete também os princípios do Serviço Social, no processo de ruptura com o conservadorismo, em meados da década de 1980, ao assumir uma postura na luta de classes, expressos em seu Código de Ética de 1986 (reafirmado posteriormente no Código de 1993), firmando seu compromisso com a classe trabalhadora na construção de um novo projeto societário. Essa opção encontra sustentação no pensamento gramsciano, que reconhece no intelectual orgânico a força capaz de conduzir as massas ao mais alto nível de consciência intelectual na luta pela hegemonia da classe subalterna por meio da construção de um novo bloco histórico, de uma nova direção cultural e ideológica (SILVA, M.O., 2007).

43 Assistente social, com larga militância nos movimentos populares, em especial de saúde, em Goiânia. Participou da organização dos trabalhadores da saúde. Aposentada do INAMPS, atualmente dedica-se à iniciativa privada.

Nesse contexto, em face da dimensão em que a questão da saúde foi assumida, cresceram significativamente a mobilização e organização dos profissionais e dos movimentos sociais ligados a essa política em Goiânia. A luta foi potencializada e esses atores passam a ser protagonistas na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, marco do Movimento de Reforma Sanitária e das mudanças da política de saúde do Brasil daí em diante.

Assim como ocorreu em diferentes cidades brasileiras, Goiânia preparou-se para a referida Conferência em duas etapas. A primeira foi a realização do Seminário de Apoio à I Conferência Estadual de Saúde, que aconteceu de 17 a 19 de fevereiro de 1986, no auditório da Secretaria da Agricultura, Setor Leste Universitário. Temas abordados: Saúde e Democracia, Reorganização do Setor Saúde, Saúde e Direito do Trabalhador e Municipalização dos Serviços de Saúde. A solenidade de abertura contou com a participação de Sérgio Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz, e de Davi Capistrano Filho, ambos precursores do Movimento de Reforma Sanitária. O Evento foi promovido pela Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS)⁴⁴, encarregada da mobilização para a VIII Conferência Nacional de Saúde, presidida pelo Secretário Estadual de Saúde Ronei Edmar Ribeiro.

Quanto à organização do Seminário, destaca-se o depoimento:

[...] como não existia a Secretaria Municipal, o que nós fizemos foi uma discussão da Regional como um todo e tiramos delegados de Goiânia, delegados de outras cidades. [...] não tínhamos a estrutura para fazer uma Conferência (entrevista 6, gestor)⁴⁵.

O Seminário contou com a participação de profissionais de saúde, universidades, Igreja Católica, lideranças municipais, partidos políticos e entidades representativas, como a OAB, FIEG, CUT e CONCLAT (Jornal O Popular, 16 e 20/02/1986).

A segunda etapa, a realização da I Conferência Estadual de Saúde, nos dias 6 e 7 de março de 1986, no Auditório do Centro Educacional Hugo de Carvalho Ramos, contou com a participação de 600 delegados, dentre os quais representantes de entidades de trabalhadores, como a CUT, CONCLAT, FETAEG, Sindicato dos Jornalistas, além de entidades representativas dos profissionais de saúde. O relatório final da

44 Prevista nas AIS, instâncias colegiadas de participação e decisão, de âmbito estadual, com participação de gestores públicos e dos serviços contratados, conveniados e, em alguns casos, de usuários.

45 Médico, militante do movimento estudantil, exerceu vários cargos nas três esferas de governo. Participou da VIII Conferência Nacional de Saúde, da criação da Secretaria Municipal de Saúde da implantação do SUS e do Controle Social em Goiânia. Foi Secretário Estadual e Municipal de Saúde. Atualmente, dedica-se à iniciativa privada.

Conferência foi encaminhado à Conferência Nacional como proposta apresentada por Goiás (Jornal O Popular, 6/03/1986).

Dentre as propostas finais, destaca-se a implantação do Sistema Único de Saúde, orientado pelos princípios da universalização, equidade e descentralização. E para o financiamento da política de saúde, foram propostos 13%, no mínimo, dos orçamentos da União, dos Estados e dos Municípios, além de 25%, do Ministério da Previdência Social, para assistência médico-odontológica. O momento pode, enfim, ser sintetizado pelo depoimento seguinte:

Queríamos também a mudança do conceito de saúde, que até então [...] era ausência de doença. Queríamos um conceito óbvio que desse a dimensão da qualidade de vida e para isso tinha de incluir os fatores determinantes para a saúde. Saiu do campo meramente biológico, passou a levar em conta os fenômenos sociais e a realidade social do cidadão. Os indicadores de saúde dariam uma dimensão de saúde [...] Tínhamos também a bandeira [...] para quebrar essa lógica empresarial de doença-lucro, coisa que o Movimento questionava muito. Queríamos um Sistema Único de Saúde estatal, que não deveria ter iniciativa privada. Não tivemos força suficiente para garantir isto (entrevista 1, liderança política).⁴⁶

A delegação de Goiás participou da VIII Conferência nos grupos de discussões para levantamento de propostas, diretrizes e organização da saúde no Brasil:

[...] tinha uma delegação expressiva, não era uma participação enorme, mas tinha um conjunto de pessoas participando [...] tem uma junção, a soma de diversos movimentos [...] da área da saúde.(entrevista 4, gestor).

A luta da saúde assume a dimensão institucional:

[...] nós participamos do processo, [...] nós tivemos as etapas municipais em Goiás. Inclusive, não existia a Secretaria Municipal de Saúde [...] nós tínhamos trinta e poucos Municípios da Região Metropolitana, então todos eram coordenados por uma Regional, de Goiânia. [...] nós tivemos uma grande discussão, tiramos os delegados, tivemos uma participação efetiva na VIII Conferência. Foi um trabalho [...] (de acordo com o) calendário da Conferência Nacional, par e passo. Foi num cronograma normal, porque existia um cronograma nacional da Conferência (entrevista 6, gestor).

Os depoimentos expressam a articulação das forças políticas em torno da questão da saúde, com ideias e propostas a partir de suas visões de mundo. Diferentes segmentos participaram dessa luta. A mobilização intensificou-se, para assegurar conquistas na Constituição e, posteriormente, na Lei Orgânica da Saúde.

⁴⁶ Enfermeira. Ex-vereadora participou ativamente na organização dos trabalhadores da Saúde, da VIII Conferência Nacional de Saúde, da criação do SUS e sua implantação em Goiânia, com papel de destaque junto ao controle social. Atualmente é enfermeira do Programa Saúde da Família.

Decorrida a Conferência Nacional, uma das diretrizes apontadas foi a criação do SUDS em substituições às AIS. Com sua implantação, ocorreu um aumento do repasse financeiro da União, via INAMPS⁴⁷, para custeio e investimentos nos sistemas municipais e estaduais de saúde.

As diretrizes do SUDS foram mais audaciosas ao ampliar a responsabilidade sanitária e o poder dos municípios, assim como ao repartirem os encargos do poder central com o local, contudo sem uma contrapartida financeira adequada e sem uma autonomia gerencial e política local mais enfática. Por sua vez, esbarrou na necessidade de acomodar interesses diversos. Ao propor a integração em lugar da unificação institucional, adiou a adoção de comandos únicos por níveis de governo e a possibilidade de a população acompanhar e fiscalizar mais de perto as ações desenvolvidas.

A partir de 1987, Goiânia integrou a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de Goiás, e nova organização da saúde foi implantada. Nessa assertiva, um estudo de Santana et al. (1987) aponta que Goiás foi considerado um dos precursores na implantação da Reforma Sanitária, iniciada com o mencionado Sistema.

Cumprindo as exigências legais, elaborou-se o Plano Metropolitano de Saúde, com desdobramento em Plano Distrital de Saúde para a Região Metropolitana de Goiânia, que apontou a necessidade de expansão da rede física do sistema de saúde pública da cidade, como também a racionalização dos serviços, tendo em vista assegurar eficácia e parceria entre instituições na eliminação das dualidades das ações (RASSI, 1991).

A integração institucional foi uma estratégia ideológica para justificar a incapacidade do Estado de alterar os padrões de utilização privada dos serviços públicos de saúde. A unificação colocava em risco os interesses “particulares de categorias profissionais, de segmentos empresariais com ‘anéis burocráticos’ bem estabelecidos, de partidos e grupos políticos” que transformavam as instituições em instrumentos de poder (CAMPOS, G., 1992, p. 96).

O Plano Diretor, condição necessária para efetivar o repasse financeiro, tornou-se mera formalidade, quando muito orientou os parâmetros, pois o “martelo batia sem-

47 Tais repasses, em 1981, responderam por 5,13% e, a partir de 1987, 16% do total de gastos executados pelo INAMPS. Asseguraram uma ampliação da rede de unidades básicas, centros de saúde e ambulatórios em estados e municípios brasileiros, que, na atualidade, são responsáveis pela maioria dos programas de imunização, controle de endemias e epidemias do país.

pre segundo os interesses políticos partidários ou do clientelismo mais rastaquera” (CAMPOS, G. ,1992, p.100).

O acelerado crescimento populacional de Goiânia provocou um aumento na demanda por serviços públicos de saúde, impondo soluções complexas. A necessidade de uma estrutura maior capaz de responder aos desafios levou à proposta da criação da Secretaria Municipal de Saúde, muitas vezes protelada por questões políticas, advindas de pressões, por exemplo, para indicação de nomes para titular da pasta a ser criada (RASSI, 1991).

O Projeto de criação da Secretaria foi encaminhado à Câmara e no dia da sua votação ocorreu a intervenção na prefeitura, com afastamento do prefeito Daniel Antonio, sob alegação de problemas de relacionamento em diversas áreas, o que culminou em crise política e administrativa. O governador de Goiás, Henrique Santillo, promoveu intervenção estadual na administração do município no dia 2 de março de 1987, ao nomear Joaquim Roriz, interventor.

No que se refere à criação da Secretaria, o relato revela que:

[...] posteriormente o Projeto foi reapresentado/aprovado pela Câmara municipal, sancionado pelo interventor (conforme Lei 6.591, de 26 de abril de 1988). O primeiro secretário foi o médico Afonso Honorato. Foi incorporada à Secretaria, recém-criada, a estrutura da Coordenadoria de Assistência Médico Sanitária/ FUMDEC, com trinta e dois [32] postos de saúde municipais, sem muita expressão (entrevista 6, gestor).

Os recursos destinados à manutenção da Secretari eram provenientes de convênios com o SUDS e IPASGO, responsáveis pelas ações de assistência médica e odontológica. A Secretaria de Finanças do Município assegurou o pagamento das despesas com pessoal e outros encargos (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 1989). Nesse sentido, a criação da SMS é um marco na história da saúde pública em Goiânia, no que se refere à própria reestruturação da política de saúde em relação às demais componentes da Seguridade Social.

Vale ressaltar que a implementação da Secretaria foi acompanhada pelo governo estadual, por ser ele uma presença forte na capital. É interessante ainda observar que a criação da SMS e a efetivação dessa política no município de Goiânia após a implementação do SUS estão inscritas nas relações sociais e políticas mais amplas, das quais a política pública é parte. E esta, por sua vez, está permeada pelas práticas clientelistas e assistencialistas presentes no poder político em Goiás/Goiânia.

No plano de metas do interventor Joaquim Roriz, elaborado para o ano de 1988, consta, à página 74, que, em razão das dificuldades financeiras da municipalidade, o atendimento à população nas unidades de saúde municipais é destinado “especialmente à comunidade carente com renda de até cinco salários mínimos, incapacitados de arcar com o ônus deste tipo de serviço”.

Isso expressa a maneira como os governantes concebem a política social, mais como um dever moral, concretizada por meio de ações emergenciais, pontuais, fragmentadas, compensatórias, destinadas à população mais vulnerável socialmente. Ao exigir critérios de rentabilidade extremamente restritivos, a política social não assume um caráter universal e nem se configura como uma estratégia de superação das desigualdades sociais, mas expressa o clientelismo, os interesses políticos e, dessa maneira, fragiliza a noção do direito, ao fortalecer a ideia da benesse e do favor (ASSIS, 2008).

Sob essa ótica, a política de saúde em Goiânia foi construída, restrita a necessidade do atendimento médico, ignorando as condições de vida dos usuários, o que torna a saúde vinculada à necessidade, a estar doente e à possibilidade de sobrevivência. Assim explica o fato de uma parcela significativa da população recorrer aos serviços de saúde na manifestação da doença e não nas condições necessárias para mantê-la. Isso impede que a saúde seja apreendida na dimensão coletiva e como questão de cidadania.

A lógica que orienta as políticas sociais, em particular a saúde, é a emergencial e terapêutica, de modo a recuperar a força de trabalho. Em vez de assegurar saúde como direito de todos, transformam-na em assistência social para segmentos pauperizados da população, tornando “as formas sociais dos serviços de atenção à doença” distantes da sua essência de preservação da saúde, para compor as condições gerais da produção (COHN et al., 2002, p. 92).

O caráter restritivo imposto no atendimento das unidades de saúde de Goiânia tem ressonância até a promulgação da nova Constituição brasileira, em 1988, com a instituição do SUS, orientado pelos princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação popular. Resulta-se que o processo de luta em âmbito nacional, empreendido pelo Movimento de Reforma Sanitária, ao construir uma proposta para a saúde, “soube tirar proveito de uma conjuntura favorável à mudança democrática, que incluía a ampliação das políticas sociais, apresentando-a como alternativa para a crise” (MENICUCCI, 2007, p.164).

Essa luta, mediada pelo contexto político de redemocratização do país e de alargamento dos direitos sociais, ainda que em menor proporção do que ocorreu no

eixo Rio - São Paulo contou com participação de movimentos sociais, profissionais de saúde e lideranças políticas de Goiás/Goiânia. O depoimento a seguir é alusivo a esse processo:

[...] uma coisa muito importante [...] no contexto das lutas [...] da Reforma Sanitária de maneira geral, eu acho que é uma área em que as divisões partidárias apareceram muito pouco. Você não tem uma expressão grande das diferenças, você tem uma expressão grande da unidade. Acho que isso é uma característica importante aqui em Goiás [Goiânia] sim, a gente consegue ter unidade dentro desse contexto, essa unidade política (entrevista 4, gestor).

No processo de mudança constitucional, a efetivação do SUS expressou o rompimento com o caráter excludente oficial, configurado em duas classes de cidadãos: aqueles que tinham a previdência e o pré-cidadão, indigente, desempregado, vivendo do subemprego. Além disso colocou a gestão mais próxima do cidadão, ainda que tenha reproduzido a dualidade histórica público x privado nesse sistema.

As mudanças propostas na política de saúde, no entanto, enfrentaram dificuldades, limites estruturais, seja pelo enfraquecimento político das forças progressistas, comprometidas com a Reforma Sanitária, que a partir de 1988 perdem espaço dentro do governo, seja pela guinada à direita do governo da transição, com rebatimento nas políticas sociais, tanto no aspecto econômico quanto no político (BRAVO, 2001).

Essa situação agravou com a eleição de Fernando Collor à presidência, cujo governo expressou um redirecionamento do papel do Estado, já sob os auspícios do neoliberalismo, avesso às políticas sociais como primazia estatal (RAICHELIS, 1998). O relato seguinte reafirma essa conjuntura:

[...] então, depois da Constituição, com a eleição de um presidente (1989) que a qualquer custo queria fortalecer o neo-liberalismo no país, que foi o Fernando Collor, [...] ficamos um tempão[sic] sem conseguir exatamente nada, porque mesmo antes da Constituição já havia tido inserção de alguns [...] profissionais do Movimento de Reforma Sanitária em locais estratégicos que vinham também promovendo uma certa hegemonia institucional. Aí ficamos de 1988 até 1990 sem nenhum avanço, porque o próprio presidente caminhava para outro rumo e ganhou muita força a iniciativa privada no país naquele momento. Ali rolou [sic] o *slogan* [sic] que era do mercado livre “menos Estado, mais mercado” e junto com a lógica neo-liberal criou-se um obstáculo para a gente avançar no SUS (entrevista 1, liderança política).

A trajetória da política de saúde no Estado de Goiás e na capital, por um lado, sofreu os rebatimentos da conjuntura nacional e internacional, ou seja, reproduziu o dualismo pela lógica privatista, dificultando um processo de organização mais amplo da sociedade civil. Por outro lado, a participação de sujeitos políticos e sociais, presentes no Estado e na construção da saúde pelo Movimento da Reforma Sanitária,

foi significativa no processo de efetivação da proposta do Sistema Único de Saúde. Dessa maneira estava, mais uma vez, delineada a luta hegemônica e interesses antagonísticos no interior da política de saúde.

Apesar de ter sido criado pela Constituição de 1988, a implementação do SUS iniciou nos primeiros anos da década de 1990, regulamentada pela Lei nº 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde (LOS), pelas Normas Operacionais Básicas (NOBS), responsáveis pela organicidade do Sistema.

Em razão de muita pressão e articulação políticas empreendidas, em fins de 1990 foi aprovada a Lei nº 8.142/90, que regulamentou a participação popular (artigo 22) por meio de duas instâncias colegiadas: a Conferência e o Conselho de Saúde, bem como normatizou os repasse de recursos.

A LOS é resultante de muita luta e pressão popular, em um contexto de avanço das forças neoliberais, tema já abordado, em parte, neste trabalho. É importante ressaltar, pela historiografia brasileira, que as mudanças, sempre operadas “a partir de arranjos entre os setores das classes dominantes, com o claro objetivo de excluir uma participação popular mais intensa” (COUTINHO, 2006, p.100), podem ser entendidas teoricamente como uma manifestação da revolução passiva, ou pelo alto. Contudo vale lembrar que as mudanças apresentam-se como respostas do Estado às demandas da classe subalterna na defesa de seus interesses, na criação ou ampliação de uma concepção e de prática política pautadas em princípios de democracia e de cidadania, no processo de lutas e conquistas de direitos, o que pode ser sintetizado pelo depoimento seguinte:

O que a gente precisa entender claramente é que o grande motor para o avanço do Sistema Único de Saúde foi a sociedade que pressionou o governo, pressionou de diversas maneiras, por diversos canais, até mesmo quem era servidor público se expunha e defendia, também porque havia um esgotamento daquele modelo que estava superado não só para o País, mas também aqui para Goiás/Goiânia (entrevista 10, trabalhador)⁴⁸.

As relações entre Estado e sociedade civil foram redefinidas, ao serem introduzidos novos atores em cena, como o município, no processo da descentralização que conheceu a proximidade da gestão com o cidadão, pelo exercício da participação popular. No âmbito do poder local, significou deslocar o poder do controle das elites e na esfera dos serviços públicos, “[...] trazer para mais perto da sociedade civil os espaços

48 Cirurgião-dentista, militante e líder do movimento sindical, participou ativamente da organização dos trabalhadores da Saúde em Goiás, da VIII Conferência Nacional de Saúde, da criação e implantação do SUS, do controle social em Goiânia. Foi presidente do Conselho Municipal de Saúde. Atualmente, exerce mandato parlamentar.

de decisão sobre as políticas públicas, o que gera níveis de eficiência superiores ao(s) do passado” (FLEURY et al., 1997b, p. 3).

No âmbito das políticas públicas, é na política de saúde que a proposta de descentralização das ações e serviços ocorreu de maneira mais efetiva, ao romper com o centralismo imposto pelo golpe militar de 64 e fortalecer o papel dos municípios, respaldado no arcabouço jurídico-normativo expresso em uma estrutura institucional, “consistente e adequada, tanto à idéia da centralidade do município no funcionamento do sistema, quanto à idéia de sua permeabilidade às demandas sociais” (FLEURY et al., 1997b, p. 4).

Para a autora em pauta, a descentralização na saúde traz a possibilidade de redução gradual das desigualdades regionais brasileiras, com o fortalecimento do poder local, mediante a municipalização. No seu entendimento, a implementação de políticas sociais de interesse dos cidadãos, de maneira criativa e inovadora, com o envolvimento da população na gestão municipal, vem assegurar resultados bastante expressivos, além de fortalecer a concepção de política social relacionada à conquista de direitos.

Na esfera municipal, em especial em Goiânia, o processo de descentralização conheceu entraves em face da herança das políticas de saúde anteriores, ao não priorizar a oferta de serviços públicos. Assim, como parcela significativa dos municípios brasileiros, Goiânia ampliou suas estruturas/equipamentos de saúde a partir da implantação do SUS, fato que demonstra que a ampliação da prestação de serviços públicos de saúde ocorreu no final da década de 1980.

A reforma da saúde tornou-se agenda de consenso, juntamente com a municipalização, e todo o movimento e articulação feitos nessa direção contribuíram para a pressão local para adesão do município ao SUS.

O Estado criou estratégias que de certa maneira foram favoráveis à municipalização, com diferentes modalidades de adesão, conforme a capacidade financeira e técnica local. E, ao propor a universalização, na medida em que não são ofertados serviços na quantidade e qualidade demandados, impõe um desgaste político aos gestores municipais, tornando-se um aliado de peso no processo de municipalização (ARRETCHE, 2000).

Nessa ótica, a municipalização diz respeito à gestão dos serviços de saúde pelo poder na esfera municipal, o que exige a desconcentração dos serviços e a descentralização de recursos técnicos, administrativos, financeiros e físicos para a gestão

municipal: Secretaria Municipal de Saúde, para que exerça a direção do SUS nessa esfera (SILVA, M., 2005).

O processo de municipalização é uma proposta do Movimento de Reforma Sanitária na organização do Sistema, como estratégia também de aproximação do poder local com o cidadão. Instâncias administrativas descentralizadas são mais permeáveis ao controle do cidadão, o que impõe desafios, como a mudança cultural, “que implica uma contínua alteração das relações de poder” entre gestores e sociedade civil. Nessa direção, somente com o controle social aliado a uma efetiva “gestão democrática dos serviços, da readequação das estruturas existentes, da integralidade das ações de saúde e da distritalização dos serviços de saúde” (CARVALHO, J.C., 2007, p. 22) foi possível a efetiva municipalização, preconizada pelo Movimento Sanitário.

Em Goiânia, o início do processo de municipalização ocorreu em 1991, na gestão de Nion Albernaz.

4.2 A gestão Prefeitura Trabalhando - 1988 a 1992: a transição se consolida

O pleito que elegeu Nion Albernaz à Prefeitura de Goiânia ocorreu poucos dias depois de promulgada a Constituição de 1988. Concorreu com ele o candidato do PT, Pedro Wilson Guimarães. O partido do prefeito eleito era o PMDB⁴⁹, que em Goiás foi o reduto político que abrigou boa parte das dissidências políticas, compondo uma frente democrática que incluía elites:

[...] sob a bandeira única da luta pela democracia, grupos que representavam desde grandes capitalistas a camponeses e operários do “novo movimento sindical”. Em termos ideológicos, não era menos variada a composição do PMDB, abrangendo tanto ex-integrantes dos governos militares como antigos participantes da luta armada. Contava o partido com igual apoio de conservadores e de organizações clandestinas de esquerda, como o Movimento Revolucionário 8 de Outubro (MR-8), o Partido Comunista do Brasil (PC do B) e o Partido Comunista Brasileiro (PCB) (ALVES, 1984, p. 275).

A Secretaria Municipal de Saúde, desde sua criação foi ocupada, respectivamente por: Afonso Honorato, Armando da Silva, Jovair Arantes, José Henrique da Veiga Jardim e Cairo Alberto de Freitas.⁵⁰

49 O PMDB foi fundado em 1980 e reuniu uma grande quantidade de políticos que integravam o MDB na época do governo militar. Identificado pelos eleitores como o principal representante da redemocratização do país, no início daquela década.

50 Afonso Honorato (médico, 3/08 a 19/09/1988), Armando da Silva (médico veterinário, 19/09 a 31/12/1988), Jovair Arantes (cirurgião-dentista, 1/1/1989 a 20/03/1990), José Henrique da Veiga Jardim (médico-veterinário, 26/04/1990 a 25/07/1991) e Cairo Alberto de Freitas (médico sanitário, 26/07/1991 a 31/12/1992).

De acordo com o objeto de estudo, a pesquisa se ateve a partir da gestão do secretário médico sanitaria Cairo Alberto de Freitas, quando teve início o processo de municipalização da saúde.

À época, a rede municipal dispunha de 28 unidades básicas em funcionamento, mais o Centro de Referência em Oncologia, com o Laboratório de Citologia, um Centro de Endodontia, uma Ambulância (Assessoria de Comunicação/SMS, 2008).

Além da falta de uma estrutura física que atendesse à demanda por assistência à saúde, até meados da década de 1980 o quadro de recursos humanos era insuficiente. O descaso histórico dos governantes com as políticas sociais públicas era reforçado pela tese de que saúde nunca foi prioridade. As ações estavam sempre voltadas às campanhas de massa e a atuações focalistas a partir de demandas apresentadas. Essa afirmação é reforçada pelo depoimento seguinte:

[...] as unidades eram [...] pouco resolutivas. A ação da Secretaria Municipal não era uma ação muito representativa. Trabalhava muito mais em campanha de vacinação. O Centro de Zoonoses sempre foi da responsabilidade do Município [...] O Município tinha um ponto forte na questão do controle da raiva e da população canina da cidade, que era um trabalho que a FUMDEC era forte nisso também. Com isso foi transferida a própria cultura da FUMDEC na época, [...] isso era forte, o controle de raiva, o controle de doenças, essa parte era mais nobre. A parte da assistência era muito pequena (entrevista 6, gestor).

Diante da precária estrutura, o grande desafio dos gestores foi estruturar a SMS, criando as condições necessárias para a municipalização da saúde em Goiânia. Dessa maneira introduzem-se algumas mudanças na rede municipal de saúde, com uma nova forma de divisão do trabalho, pela reestruturação do atendimento médico e de enfermagem. E outras categorias foram absorvidas no quadro técnico para responder aos desafios da municipalização:

[...] esse foi um processo de melhoria, preparando depois para o processo de municipalização que viria logo a seguir, [ao] colocar enfermeiros como Diretores das Unidades de Saúde[...] Foi um momento de criação do Fundo Municipal de Saúde, [foi] a consolidação das ações, que estavam trabalhando no sentido de dar uma conformidade [...] [à] Secretaria (que) foi toda potencializada nesses dois últimos anos de Governo Nion Albernaz. Foi o movimento mais forte [de preparação da Secretaria de Saúde para avançar (entrevista 6, gestor)].

Uma cultura de reprodução de práticas clientelistas esteve presente na indicação dos gestores das unidades e serviços de saúde, em detrimento da capacidade técnica ou de trabalhadores do quadro permanente. Era uma cultura estratégica, de acordo com o relato abaixo:

[...] política, não tinha nenhum outro [critério] Um quadro muito ruim [...] tinha agente administrativo como diretor de unidade de saúde [...] pessoas sem formação nenhuma, dirigindo postos de saúde (entrevista 6, gestor).

Geralmente as nomeações para direção de unidades de saúde devem pautar-se por critérios técnicos, como perfil profissional e determinada experiência em serviço; devem ser respaldadas por uma seleção interna e por critérios políticos, como “representatividade junto aos profissionais do setor, ao governo”. Outro desafio importante e que deve ser levado em conta é a questão da permanência no cargo, de maneira a não tornar “uma casta dirigente em geral tendente ao conservadorismo e ao imobilismo” (CAMPOS, G., 1991, p. 124 e 137).

Aliado a esses fatores, o baixo investimento financeiro na área pode ser evidenciado no entendimento de quem já passou pela experiência:

Era muito pequeno. Primeiro não tinha nem a posição legal de [...] você ter a transferência. Outra, é que [...] tinha uma ação muito [restrita] na área da saúde. Como eu dizia, era uma gestão de postos de saúde, [...] o percentual [...] era muito pouco, era 2% ou 3%(entrevista 6, gestor).

A atuação municipal na área da saúde era baixa, ao passo que a iniciativa privada, responsável pelo maior número de leitos cadastrados, expressava uma política de investimento na assistência à doença, mediante uma cultura hospitalocêntrica em detrimento de investimentos na prevenção e promoção da saúde⁵¹.

Postos esses elementos, é possível apreender as mediações construídas em torno da redefinição da política de saúde no município, bem como sua expressão como *locus* de luta e resistência. Dessa maneira o processo de implementação do SUS em Goiânia será analisado, tendo como referência as características político-administrativas, operadas nesse contexto e que influenciaram no processo de descentralização/municipalização.

Em Goiânia o processo que permeou a descentralização é marcado por um acontecimento importante que, em parte, é expressão da política neoliberal de desresponsabilização com as políticas públicas:

[...] a Secretaria Estadual já havia absorvido os serviços federais e ao invés de optar em aumentar os investimentos, melhorar o atendimento, opta por fechar serviços, pra redistribuir recursos. Então a decisão de fechar o HGG, maior expressão desse processo, tem como pressuposto administrativo uma

⁵¹ Em 1988 o atendimento na área em Goiânia correspondia (vínculo): federal (3%), estaduais (7%), municipais (10%) e privadas (80%). Fonte: Instituto de Planejamento Municipal (IPLAM).

racionalidade. Eu acho, isso é uma suposição minha que, o governo na época resolve fechar o HGG, e livra o governo estadual de enfrentar movimentos reivindicatórios pra melhorar o HGG, livra o governo de ter que contratar mais pessoal, porque ele pega o pessoal e redistribui na rede, então supre os vazios da rede, fechando unidades. E por outro lado libera recursos pra comprar mais serviços no setor privado, o que reorganiza o seu fôlego na relação com o setor privado com o fechamento do HGG. A minha compreensão das decisões dessa época são essas (entrevista 4, gestor).

Assim, o fechamento desse hospital contrariou o princípio da democratização e da prioridade no interesse público, comprometendo a efetivação da saúde como política pública, a partir do entendimento de que ela é primazia do Estado, ou seja, os investimentos, o atendimento às demandas apresentadas pela sociedade, a democratização do acesso aos serviços e às ações que assegurem melhoria da qualidade de vida da população. Com essa compreensão, ao encerrar as atividades do HGG e de algumas unidades de saúde em Goiás, o governo respondeu aos interesses da iniciativa privada.

Além de provocar um colapso no setor saúde em Goiânia, tal atitude demonstra o descaso das autoridades para com a população usuária desses serviços, muito em decorrência da ausência de controle democrático sob a política de saúde. Esclarece o relato:

[...] [havia] pareceres técnicos [como do CREA - Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura, de tudo, que não precisaria fechar, aliás, foi a primeira vez que vi fechar totalmente uma unidade de saúde para reforma. Mas o interesse era econômico e político, acabou por fechar o HGG, e ficou fechado por oito anos, era um hospital de referência para toda a rede [...] desempenhava um papel importante, ele e o HC [Hospital das Clínicas] eram os dois grandes hospitais públicos à época, e aquilo trouxe um estrangulamento em toda rede de saúde, interferindo diretamente no atendimento aqui em Goiânia, porque o HGG além de ser um atendimento de alta complexidade que tínhamos, havia vários programas de atenção básica e todos foram fechados com aquilo. O fechamento repercutiu no HC, superlotou-o, pois sozinho não dava conta de responder e que ficou, o único, como referência (entrevista 1, liderança política).

O favorecimento à lógica privatista em detrimento do público no setor saúde é reafirmado na interlocução seguinte:

[...] essa decisão [fechamento do HGG] está inserida nesse contexto, que é um contexto de privilegiar o setor privado, quando você retira leitos do setor público e libera recursos para aumentar sua articulação com o setor privado. Você fechou o hospital, gera outras vantagens nessa ótica administrativa. Você não precisa contratar pessoal, porque você redistribui esse pessoal, agora redistribui com culturas institucionais diferentes, quadros salariais diferentes, pessoal próximo da aposentadoria (entrevista 4, gestor).

Percebe-se, assim, que as contradições geradas pelo fechamento do HGG de certa maneira são uma prática deliberada, no depoimento a esse respeito:

[...] de 88 a 91, foi um período de consolidação [da] iniciativa privada, [essa] ficou muito a vontade [...] foi um período inclusive que a iniciativa privada tomou um fôlego muito grande, pelo fechamento do HGG, só ali foi um transferência de um milhão de reais/ mês, que é o orçamento que o Governo Federal tinha para manter o HGG, e ali a iniciativa privada não tinha nem o que reclamar (entrevista 7, trabalhador).

Uma consequência perversa do processo de descentralização, pelo viés institucional, foi a grande diferença salarial entre os profissionais de mesma categoria, desempenhando as mesmas funções, no mesmo espaço físico, mas vinculados a diferentes esferas de governo, recebendo remunerações completamente desiguais.

Assim, a saúde goianiense esboça dois projetos antagônicos, de um lado, a descentralização da política de saúde para assegurar um modelo assistencial dentro dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, e de outro, o favorecimento à privatização da coisa pública empreendido por uma gestão pública que “coloca o interesse privado – de empresas, de grupos políticos, de corporações profissionais – acima do interesse coletivo” (CAMPOS, G., 1991, p. 118).

Sobre tais bases instaurou-se o processo de municipalização em Goiânia, a partir de 1991, com algumas ações e atividades nas áreas de epidemiologia e vigilância sanitária. Em agosto de 1992, ocorreu o repasse do Centro de Assistência Integrada à Saúde (CAIS) do Jardim Curitiba, primeira unidade a ser municipalizada (Assessoria de Relações Públicas/SMS, 2008).

Todo o processo aconteceu sob forte presença do Estado:

Goiânia foi [...] a [penúltima] capital brasileira a criar a Secretaria Municipal de Saúde. [...] a gestão [do] Estado era muito forte em Goiânia. E não era só na saúde [...]. Era forte em tudo. O Pronto Socorro do Estado, o Ginásio de Esportes Estadual, os grandes colégios, em termos de educação estadual, quer dizer, a força do Estado era muito grande e na saúde da mesma forma, ou seja, quem comandava a saúde em Goiânia era o Estado, tanto nos hospitais [...] como nas grandes Unidades de Saúde, nas pequenas Unidades, a parte preventiva era do Município. Então, precisou que isso fosse incorporando, um pouco de cultura, até que chegasse o momento em que o Município tivesse condições adequadas de assumir. Não tínhamos estrutura de informatização, para assumir essas unidades, estruturas de compras, almoxarifado, tivemos que fazer tudo isso, organizar o almoxarifado, para receber uma estrutura maior. [...] esse foi um processo, que não foi de uma hora para outra (entrevista 6, gestor).

Quanto à avaliação política, nesse contexto, o depoimento seguinte indica o tímido desempenho:

[...] o processo de municipalização [...] [avançou] [...] pouco, na época [...] parte da Vigilância Sanitária. [Ao] estruturar um pouco essa parte para que o Município fosse agregando novos serviços. [...] a efetiva municipalização aconteceu quando o secretário [do município] era o Elias Rassi [e o secretário estadual era Cairo Alberto de Freitas] em 1998 (entrevista 6, gestor).

A centralização administrativa por parte do Estado é reforçada por outro gestor:

[...] Goiânia [ocorreu] uma municipalização tardia, [como também] em todas as cidades goianas, municipalizam-[se] já tardiamente. Mas, [...] perdeu o primeiro impulso da municipalização, que gerou um superávit grande nas secretarias que tiveram essa coragem anteriormente. O governo tinha medo de municipalizar [...] O que acontecia, Goiânia sempre foi um apêndice do governo estadual, durante décadas, o que gera uma Câmara Municipal enfraquecida e uma Prefeitura dependente. E na área da saúde, a Prefeitura nunca teve muita coragem de enfrentar essa questão (entrevista 4, gestor).

Contribuindo com as colocações anteriores, fica bem evidente que na gestão 1989/1992 a ênfase ocorre na organização do setor de saúde com reformas, ampliação da estrutura física, a fim de assegurar o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e na implantação de unidades de apoio diagnóstico. Diante de uma estrutura ruim, o grande desafio do gestor foi, além de uma estruturação mais adequada para a SMS, buscar os meios e as condições para a municipalização da saúde em Goiânia.

Em seu percurso, o SUS contribui na mudança do perfil do gestor público em Goiânia:

[...] com o advento do SUS, mudou um pouquinho. [...] antes, o Secretário de Saúde era o médico particular ou do Prefeito ou do Governador. Esse era o perfil, o médico particular era o Secretário de Saúde. Isso mudou muito. Hoje, você tem a preocupação de formação de gestores; o gestor [deve] ser pessoas que entendam [daquilo] que estão fazendo, seja em qualquer área da administração pública, na área da saúde [...] Hoje [...] há pessoa com formação de gestor, que entende de gestão pública, [...] de administração pública, que saiba gerir recursos financeiros [...] esse foi um processo de melhoria, preparando depois para o processo de municipalização que viria logo a seguir, [ao] colocar enfermeiros como Diretores das Unidades de Saúde (entrevista 6, gestor).

Torna-se importante salientar que as melhorias implementadas pelos gestores na estrutura física, organizacional, para além da ampliação dos recursos humanos, são procedimentos, sem dúvida, indispensáveis para o atendimento a demandas por saúde no município, e essas mudanças são empreendidas a partir do fortalecimento do controle social no SUS. No entanto não se percebeu, nesse período, ênfase em programas de saúde preventiva, as referências são serviços que reforçam os aspectos curativos, o que contraria a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, inciso

II: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1998, p. 113). Contudo é nesse cenário que se instaura o controle social no SUS, em Goiânia.

4.2.1 A implantação do controle social em Goiânia: a 1ª Conferência Municipal de Saúde e a criação do Conselho Municipal de Saúde

Nesse contexto da década de 1990, com a Reforma do Estado em curso, foi inserida nessa proposta, a idéia de aprimorar os canais de participação entre a sociedade civil e o Estado. Considerando especificamente a saúde, a descentralização é um dos eixos centrais dessa política, com resultado positivo como projeto político.

Uma das principais propostas contidas na descentralização é a possibilidade de romper com o perfil clientelista da política social, ao assegurar a participação popular por meio do controle social, mediada pela concepção e prática democráticas.

Tal processo de descentralização, conforme a Constituição de 1988 ressalta a cidadania ao definir instrumentos concretos para seu exercício, pela via democracia participativa, mediante conselhos gestores de caráter interinstitucional, tomados como elementos mediadores na relação sociedade/Estado. Esses Conselhos têm caráter deliberativo, com composição paritária entre representantes do poder executivo e de instituições da sociedade civil, como exigência constitucional nos três níveis da administração pública (GOHN, 2007).

Na concepção liberal, a participação se expressa pelo processo eleitoral, na escolha de representantes e nas soluções técnicas para os problemas econômicos e sociais. Na concepção de esquerda ou na democracia social, a participação está associada à luta das classes subalternas pelo alargamento dos direitos de cidadania. Somente essa classe “concebe a exigência de reivindicar direitos e criar novos direitos” (CHAUÍ, 2004, p. 2). E a cidadania se expressa na criação de espaços sociais de lutas (movimentos sociais, sindicalismo) e na instituição de canais de expressão permanente (partidos políticos, políticas econômicas, sociais, Estado de Direito), mediante um processo contínuo de criar, assegurar e garantir direitos.

A participação recusa o papel do cidadão como “maioria silenciosa, clientes, consumidores de mercadorias, detentores do poder econômico e político, caricatura de uma cidadania estabelecida pelas regras de mercado”. A participação é a sociedade civil organizada partilhando o poder, opinando nas decisões, na execução e

fiscalização das políticas sociais, “na redistribuição e emprego do fundo público para a maioria da população” (IAMAMOTO, 1999, p. 264).

Por essa razão, a participação não deve transformar o povo em coisa e nem virar estratégia de gestor para conseguir verbas nos orçamentos, ou seja, torná-lo mero ocupante de espaço, retirando-lhe capacidade de autoria histórica. Deve, sim, dar concretude ao direito de tornar o “Estado efetivamente coisa pública”, desprivatizar interesses e introduzir “cenas de negociação explícitas”. (SPOSATI; LOBO, 1992, p. 373).

A efetiva participação reconhece o cidadão como “sujeito do poder e da história, presente na multiplicidade dos espaços sociais e políticos”, com capacidade para interferir na direção intelectual e moral da vida pública na defesa da democracia plena (IAMAMOTO, 1999, p. 265).

Enfim, como afirma Chauí (2004) a participação democrática é um desafio e uma conquista e, é resultante de um processo e não o seu ponto de partida.

Com base nessas colocações, o controle social a ser efetivado pelo Conselho e Conferências de Saúde constitui mecanismos estratégicos para garantia da democratização do poder decisório no Sistema Único de Saúde (SUS). Esses espaços exercem importante papel para a efetiva participação da sociedade civil na tomada de decisões junto à gestão pública em saúde. Vale ressaltar que seu papel não é substituir o Estado, mas lutar para que o Estado cumpra seu dever, ou seja, garantir saúde como direito de todos.

Nessa direção, analisa-se o exercício do controle social na política de saúde em Goiânia,

Durante o período delimitado para a construção do objeto deste estudo, foram realizadas três Conferências Municipais de Saúde em Goiânia - em 1991, 1993 e 1995, que contribuíram para expressar maior visibilidade ao SUS, na instância local, e assegurar avanços significativos no processo de municipalização da saúde em Goiânia, à medida que gestores, profissionais e usuários comprometidos com esse sistema empreenderam uma luta para democratizar o acesso à saúde e a sua gestão, ainda que com recursos insuficientes.

A história das Conferências Municipais de Saúde de Goiânia tem sido pouco pesquisada e por isso é muito pouco conhecida, quase que restrita aos atores envolvidos nas discussões. Entretanto o pouco material disponível reconhece a importância desses espaços no processo de construção de uma política de saúde democrática.

Os documentos analisados deixam a desejar quanto a alguns indicadores, em especial, ao número de participantes (I Conferência), ao montante financeiro para sua realização, detalhamentos das etapas locais, estratégias de mobilização, avaliação das resoluções propostas e efetivadas. Ao analisar os documentos relativos ao seu planejamento, execução e avaliação, não há qualquer menção a uma avaliação, por parte dos delegados, da política de saúde, definida para o Município até então, bem como avaliação das discussões dos problemas de saúde enfrentados nas unidades básicas, por seus membros ou pelos Conselhos Locais de Saúde.

A partir da criação do Conselho Municipal de Saúde, a realização da Conferência passa necessariamente por sua apreciação do secretário e do prefeito, pois cada um, a seu modo, é ator envolvido no processo. A Comissão Organizadora da Conferência é designada por decreto do dirigente do executivo municipal.

A I Conferência Municipal de Saúde de Goiânia instalou-se sob o tema “Municipalização é o Caminho”, cuja escolha foi definida em uma discussão nacional. Realizou-se no auditório da Faculdade de Educação/UFG, de 8 a 10 de outubro de 1991, em cumprimento ao preceito da Lei Orgânica do Município, que prevê a ocorrência anual de uma Conferência Municipal de Saúde, dando início ao processo e municipalização da saúde. A Prefeitura e a Secretaria Municipal de Saúde foram responsáveis pelo evento.

Foi um momento importante de pressão e defesa da saúde pública. Ocorreu nacionalmente, reforçando sua importância para “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” no âmbito municipal. (BRASIL, 1990a)

Na Conferência debateu-se, além da implantação do Conselho Municipal, a criação dos Conselhos Locais de Saúde, por meio da Câmara Municipal de Goiânia. Foram espaços privilegiados de discussão, que envolveram diferentes segmentos da sociedade civil goianiense na formulação do Plano Municipal de Saúde, a partir de encontros da população nas unidades de saúde (FERNANDES, M., 2008).

[...] Em 91 [nessa] Conferência [...] nós conseguimos pautar que queríamos a saúde regionalizada aqui em Goiânia, com os distritos e com controle social na base desse Sistema. Ele era hierarquizado, como a gente defendia, estabelecia referência e contra referência. Isso tudo era defendido, queria organizar isso, por meio dos distritos, e aí também na Conferência Municipal a gente discutia por que não o controle social do distrito a partir da unidade local de saúde (entrevista 1, liderança política).

O documento, submetido à aprovação da plenária, contém o relato consolidado das discussões ocorridas nos três dias de trabalho, quando foram debatidos os temas:

Política Nacional de Saúde, Municipalização da Saúde, Controle Social, Financiamento e Gerenciamento e Recursos Humanos.

A realização da Primeira Conferência Municipal de Saúde de Goiânia foi um marco para o processo de democratização da saúde municipal. Constituiu parte do processo de Reforma Sanitária, arcabouço legal, político e ideológico construído coletivamente pelos movimentos populares e dos profissionais de saúde ao longo dos anos.

Esse espaço de questionamento, permanente, temporário e regular, em parte, caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização das diretrizes para mudanças do sistema de saúde municipal.

Debates, discussões acaloradas, ocorreram entre os participantes, uma vez que:

[...] a saúde é movida por vários interesses, dentre eles os políticos, econômicos e tantos outros (entrevista 1, liderança política).

[...] aquela época eles já (tinha) certa resistência ao PMDB, o PT estava forte, assim como o PC do B, o PDT (entrevista 10, trabalhadora) ⁵².

As falas demonstram que, historicamente, a política de saúde em Goiânia sempre esteve envolta em conflitos e disputas. As divergências eram explícitas, não somente na base, mas entre a própria esquerda, ao disputar posições dentro do aparelho do Estado, expressando uma “guerra de posição” gramsciana.

As deliberações dessa Conferência expressaram um desejo de mudança e de democratização da Política Municipal de Saúde. Apontaram a necessidade de realizar melhorias na rede física, aumentar os investimentos do tesouro municipal na saúde, contratar profissionais mediante concurso público, descentralizar com controle social. Ao final dos trabalhos, a Plenária, após discussão e aprovação de propostas, deliberou por encaminhar à Câmara Municipal de Goiânia uma prévia composição do Conselho Municipal de Saúde.

O CMS de Goiânia, portanto, resultou da luta política pela democratização da política de saúde e, concomitantemente, do debate, em nível nacional, da Lei Orgânica da Saúde (LOS). Assim, em 1991 a cidade, ao realizar sua primeira Conferência

52 Médica, iniciou sua militância na área da saúde na década de 1990, quando ingressou por concurso público na Fundação Nacional de Saúde/FUNASA. Atuou junto ao Conselho Municipal de Saúde em duas gestões: 1991- 1992; 1993 - 1996, como representante da FUNASA. Atualmente é médica do SUS.

Municipal de Saúde, demonstrou a força dos diversos movimentos sociais atuantes ou engajados na área da saúde. Ao acatar a indicação de criar o CMS e em conformidade com a Lei 8.142/90, Nion Albernaz, em seu penúltimo ano da administração (1989/1992), criou o Conselho Municipal de Saúde, pelo Decreto Municipal nº 2.486, de 11 de novembro de 1991⁵³:

A criação do Conselho Municipal de Saúde veio expressar mais uma conquista do Movimento de Reforma Sanitária:

[...] A Lei (8.142) regulamentava normas que estabeleciam critérios para repasse de recursos. E conquistamos que o Conselho de Saúde fosse um dos critérios para que os municípios pudessem receber recursos da esfera federal. Isto impulsionou, alguns acham que não, acho que foi um bom começo [...] como estava vindo de um lado o repasse de recurso, houve [...] criação de Conselho muito de gabinete. O prefeito queria aquele recurso e criava um conselho sem participação popular [...] ficaram muitos conselhos assim, cartorial, por muito tempo (entrevista 1, liderança política).

Inicialmente o Conselho Municipal de Saúde não ficou imune a essa prática, na visão de uma liderança política:

Aqui aconteceu assim, criação do Conselho [...] que inicialmente foi criado cartorialmente. Depois [...] conseguimos reverter a situação, [...] [em outra] Conferência de Saúde [...] a gente deu uma outra dimensão para a participação popular (entrevista 1, liderança política).

Na visão da entrevistada, o exercício do controle social tem um caráter formal. Para os gestores, uma obrigatoriedade de cima para baixo, cumprindo determinação imposta pelo governo federal, ao condicionar o repasse dos recursos na adoção de programas e projetos, definidos em âmbito central. Por sua vez essa situação reforça a tutela e o centralismo no processo de gestão da política de saúde do município. Mediante tal relação, torna-se natural para o gestor local reproduzir a lógica burocrática, centralizadora, nas suas relações com os munícipes, em detrimento de uma prática capaz de romper com o clientelismo, assegurar o exercício de cidadania e a democratização da gestão da saúde.

Essa relação vai na contramão da concepção ampliada de Estado, ao limitar os processos de socialização da política, e o Conselho, espaço em potencial para o alargamento da democratização e dos direitos sociais, torna-se mero instrumento de dominação, de práticas clientelistas.

53 Alterado pelo decreto nº 2.486, de 11 de novembro 1993.

Em outra interlocução, é confirmada a lei como estratégia para assegurar sua criação:

Eles [os gestores] precisariam do Conselho para a municipalização, porque se não tivesse o Conselho não teria como municipalizar e todo prefeito daquela época queria municipalização porque (era) a maneira de gerenciar a saúde. Às [...] vezes se não tivesse vontade política, mas pelo regime [militar] que vinha, pela mudança [redemocratização] que teve, eles tinham a obrigação de ter a municipalização em cada município, [para] ter a verba, senão tivesse a municipalização não vinha verba federal (entrevista 9, usuária)⁵⁴.

Por outro lado, no decorrer do processo, o Conselho vai mostrando sua força para a concretização do SUS:

[...] eu penso que no início, na primeira gestão [...] era um tema novo e difícil, não é fácil para o gestor, então eu sentia que no início existia até certo temor, como que é esse negócio de abrir as portas para o usuário para todo mundo vim dar palpite, não é fácil [...] Mas eu considerei que foi um processo que foi sendo construído, porque foi todos, inclusive o gestor entendendo que não foi para atrapalhar. Porque eu penso que o primeiro impacto foi esse mesmo, de que não é fácil abrir as portas assim da secretaria para alguém vir aqui dar palpite, mas eu senti que esse processo foi sendo construído de forma agradável, existia uma energia boa no Conselho, as pessoas principalmente no início, as primeiras formações dos conselhos, existia boa vontade, existia o querer colaborar, então eu penso que o conselho foi gestado em boas condições (entrevista 10, trabalhadora).

A primeira reunião do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia ocorreu no dia 18/12/1991, quando se discutiram questões gerais para seu funcionamento, como a periodicidade das reuniões, horário e a suplência dos representantes.

Para elaborar o Regimento Interno, constituiu-se uma comissão cuja proposta foi lida e aprovada em Reunião do Conselho, em fevereiro de 1992.

No Regimento constou que o CMS de Goiânia tem em sua composição 64 membros ao todo, 32 titulares e 32 suplentes, representantes de segmentos da sociedade civil e política eleitos na Conferência Municipal de Saúde, para exercício de mandato de 2 anos. A presidência, nesse contexto, ficou a cargo do próprio Secretário Municipal de Saúde. Só no início da década de 2000 ocorre uma significativa alteração, e o presidente passou a ser eleito pelo próprio Conselho, situação que vinha sendo questionada já há algum tempo dentro do CMS.

54 Dona de casa iniciou sua militância política na década de 1970 pelas Comunidades Eclesiais de Base, sob a coordenação de D. Pedro Casaldáliga, junto ao Controle Social/SUS, na década de 1990, participou do Conselho Municipal de Saúde, desde sua fundação. Foi presidente do CMS, atualmente conselheira, representando o segmento dos usuários.

O plenário do CMS é fórum de deliberação plena e conclusiva, com reuniões ordinárias e extraordinárias, conforme preceitos definidos em Regimento. Composto por conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, reúne-se ordinariamente uma vez por mês, na última quarta-feira de cada mês e, extraordinariamente, por convocação do seu presidente ou em decorrência de requerimento da maioria simples de seus membros.

Ao analisar os dados recolhidos e as atas das reuniões, no período estudado, percebe-se que demandas do Conselho Municipal de Saúde expressaram questões pontuais em relação ao seu funcionamento, como as precárias condições materiais. Essas foram questões que permearam os debates No que diz respeito ao repasse de informações pelos conselheiros às suas entidades e dessas para a base, como elemento legitimador da representação, nada foi identificado nos documentos do Conselho. Registra-se ainda a pouca ou quase nenhuma capacitação dos conselheiros, ou meios de propiciar o efetivo exercício do controle social, especialmente para a verticalização das questões orçamentárias:

[...] eu penso que faltava muito conhecimento de todas as partes, tanto dos gestores, dos profissionais de saúde. Do usuário nem se fala. Para ele muitas coisas eram grego, muitos assuntos eram aprovados sem um aprofundamento adequado, até porque, às vezes, tinha coisas mais urgentes que tinha que ser encaminhado (entrevista 10, trabalhadora).

Questões também reafirmadas na interlocução desta usuária:

[...] nós conselheiros às vezes não sabemos como fiscalizar porque a gente entra para o Conselho escolhido pelas entidades. E uma entidade, às vezes, manda um conselheiro que [...] não conhece nada do controle social, [...] como é que você faz o trabalho do Conselho [...] por isso que perde muito na fiscalização por não saber (entrevista 9, usuária).

De certa maneira essas colocações deixam transparecer os limites impostos aos conselheiros. Algumas vezes as deliberações ocorreram para cumprir prazos e o município não ser prejudicado, não perder recursos. Nota-se o despreparo ou mesmo a falta de acesso às informações que têm burocratizado esse espaço de formulação de estratégia e de controle da execução da política de saúde. As colocações demonstram ainda uma articulação das classes hegemônicas para assegurar o “status quo, mediante a persuasão e pelo consenso junto à classe subalterna”, ao impor restrições na sua participação (VIEIRA, J., 1998, p. 46). Torna-se, assim, premente a construção de um pacto, um acordo, dada a natureza das instâncias - gestor e Conselheiros - para romper com essa cultura, de maneira a tornar as discussões/deliberações

conscientes, qualificadas, no sentido de contribuir para o efetivo exercício do controle social, ao assegurar maior transparência na gestão e no desenvolvimento de ações em prol do bem comum.

Se, por um lado, todas essas questões são pertinentes e demonstram os desafios para o exercício efetivo do controle social, por outro, identificam-se como possibilidade concreta para “as classes subalternas pensar a construção de sua hegemonia”, ao participarem do Conselho Municipal de Saúde, na formação de seus intelectuais orgânicos (VIEIRA, J. 1998, p. 47):

[...] o Conselho representou uma força que empurrou a aplicação do projeto do SUS e se não fosse os Conselhos, a gente estaria no mesmo ponto da estrutura. Porque toda participação do profissional, do usuário, como do gestor deu uma outra dimensão para o Sistema Único de Saúde. Talvez um ponto tão bonito dessa proposta, desse controle social, porque [deram] responsabilidade a mais pessoas. Nós precisamos ter gestores responsáveis, mas temos que ter usuários [e trabalhadores] responsáveis também (entrevista 10, trabalhadora).

Explicita-se no depoimento a concepção de SUS como proposta de efetivação de cidadania, a partir do momento em que todos os sujeitos devem se responsabilizar pela construção da saúde como direito social. Essa análise reafirma ainda os diferentes segmentos que compõem o CMS e a consequente relação de interesses existente no seu interior, estabelecida pelos intelectuais orgânicos vinculados às classes subalternas ou a serviço da classe dirigente. Dentre os intelectuais orgânicos vinculados às classes subalternas, a pesquisa identificou a participação, dentre outros, do Conselho Regional de Serviço Social.

Compreende-se, daí, o papel do intelectual orgânico como elemento catalisador capaz de buscar a “construção de um consenso ativo entre as massas, insistir na consolidação e no progressivo alargamento desses espaços, duramente conquistados” (NOGUEIRA, M., 1985, p. 138), de modo a inverter, progressivamente, a correlação de forças, projetando as classes subalternas como classe hegemônica.

A função principal dos intelectuais se encontra, dessa maneira, na formação de uma nova moral e uma nova cultura, que podem ser entendidas também como uma contra-hegemonia a ser construída dentro do aparelho privado de hegemonia, aqui expresso pelo CMS. Sob essa ótica é percebida a instância de controle social, pelo potencial de socialização da política, de alargamentos dos direitos.

E, assim, os Conselhos expressam espaços contraditórios onde diferentes interesses estão em disputa. Contudo sinalizam para uma nova relação Estado e

sociedade, ao assegurarem um alargamento da participação da sociedade civil nos negócios públicos no sentido de construir uma nova “cultura alicerçada nos pilares da democracia representativa e na possibilidade de construção de democracia de massas” (BRAVO, 2007, p. 48):

Eu via o seguinte, muito esforço das entidades que estavam compondo o Conselho para que acontecessem as mudanças. Esses faziam porque tinham muita força da sociedade [...] então era o momento forte e estava todo mundo querendo mudança, e todo mundo então abraçava a causa, cada um no seu [modo] (entrevista 9, conselheira).

A instauração do controle social, nessa gestão, que durou um curto período de tempo, constituiu base para a gestão seguinte.

4.3 Gestão Goiânia Cidade Viva - 1993 a 1996: o modo petista de governar

As eleições municipais de 1992 levam à Prefeitura de Goiânia uma coligação de vários partidos, sob a liderança do Partido dos Trabalhadores (PT), denominada Goiânia Cidade Viva. O PT apresenta-se para a sociedade brasileira/ goiana comprometido com as questões de seu tempo e engajado na luta pela construção de um novo projeto societário.

Nessa sucessão, foi eleito Darci Accorsi (PT), que concorreu com Sandro Mabel (PMDB). A vitória petista coloca no cenário político de Goiânia a recorrente “dicotomia vivida nos primórdios de seu processo de emancipação do jugo do Estado, a partir de 1959, quando a capital passa a eleger prefeitos de partidos opostos ao do governo estadual” (MACHADO, 1997, p. 69). A eleição de Darci Accorsi para Prefeitura de Goiânia explicitou o descrédito com a política que vinha sendo praticada no Estado, pelo PMDB, desde 1983, bem como resultou da luta dos grupos e organizações de classe que vinham fazendo oposição ao governo. Não expressava, contudo, uma ação imediatista, mas era fruto do movimento reivindicatório que nascera em Goiânia no final da década de 70, já abordado neste capítulo. A vitória de Accorsi contou com o apoio de vários setores da sociedade civil, em especial aqueles ligados à Igreja Católica, aos sindicatos e ao movimento estudantil (MACHADO, 1997).

A ampla frente de oposição ao PMDB, liderada pelo PT, com diferentes orientações ideológicas, constituiu-se numa prática bastante corriqueira na história política brasileira, e não menos interessante e desafiadora. Expressa também interesses diversos na disputa pelo poder. Conforme Gramsci (GRAMSCI, 1987), os partidos políticos são protagonistas da história ao expressarem uma vontade coletiva como expressão da massa,

com direção consciente e politização da sociedade civil. A vontade coletiva só pode ser desenvolvida na existência de condições históricas e objetivas, e, naquela conjuntura, somente uma frente partidária ampla colocaria fim à hegemonia do PMDB em Goiânia.

Com esse entendimento, ao assumir a Prefeitura de Goiânia, em janeiro de 1993, em clima de euforia e com discurso mudancista, Darci Accorsi nomeou sua assessoria contemplando todos os partidos da coligação vitoriosa. Para a Secretaria Municipal de Saúde, o escolhido foi o cirurgião-dentista, militante histórico do Partido dos Trabalhadores em Goiânia, Déo Costa Ramos, e a base de sua equipe foi composta por petistas.

Conforme dados do IBGE⁵⁵, à época a população estimada de Goiânia, á época, era de 998.820 habitantes. Uma parcela significativa desses habitantes era usuária do sistema público e de serviços filantrópicos de saúde (SMS, 1997), que constituíram referência para outros municípios goianos e também para outros estados brasileiros. Para viabilizar as ações de saúde, o município dispunha de Unidades Básicas de Saúde, CAIS, Centro de Referência em Odontologia e Apoio Diagnóstico.

A equipe que tomou posse na SMS na gestão “Goiânia Cidade Viva” apresentou como proposta assumir a responsabilidade das ações de saúde no âmbito municipal, ou seja, assegurar serviços de saúde em Goiânia, por meio do Sistema Único de Saúde, cujos objetivos eram: planejar, organizar, executar, controlar e avaliar as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde. Na concepção da gestão Goiânia Cidade Viva, o processo de municipalização prescindia de uma ampla mudança na forma de organização dos serviços de saúde, na prestação de assistência e no relacionamento com a população e com os profissionais de saúde. A população era vista como sujeito e os profissionais como agentes da promoção de saúde (SMS, 1993).

O eixo básico da proposta de governo era uma mudança na relação com os trabalhadores da saúde e a ampliação da participação popular na gestão, o que fortaleceu o processo de municipalização preconizado pelo modelo de Reforma Sanitária brasileiro, ao buscar construir uma rede organizada para desenvolvimento de ações de superação da concepção de saúde/doença centrada em práticas curativas, pelo fortalecimento da atenção primária.

A princípio a gestão manteve o modelo anterior de organização do setor. Posteriormente ampliou a rede física, criando e ampliando as Unidades Básicas, instalando

55 Censo realizado em 1996

do Serviço de Saúde Mental. Ocorreu ainda mudança do Regimento da Secretaria, aprovado pela Lei nº 7.407, de 29/12/94, com implementação do Fundo Municipal de Saúde. Pela análise de documentos, constatou-se ampliação dos investimentos financeiros⁵⁶ no setor, como também a celebração de convênios com a esfera federal para desenvolvimento de programas, especialmente programas de prevenção.

Os recursos, entretanto, foram insuficientes para as demandas, conforme o relato:

[...] muitos gestores usam o conceito de saúde de forma oportunista, em dizer que limpeza é saúde, não sei o quê é saúde... e dilui ou embute na saúde aquilo que não é do sistema. Quando a gente fala tal porcentagem é pro Sistema de Saúde para estruturação do Sistema, manutenção, garantir o funcionamento dos programas, ações de saúde diretamente (entrevista 1, liderança política).

A Constituição de 1988 estabeleceu que o financiamento das políticas da Previdência Social, da Assistência Social e da Saúde seria por meio do orçamento da Seguridade Social. No entanto não definiu o percentual da saúde, exigindo a aprovação de uma lei complementar específica.

Nesse contexto, porém, o governo federal impõe uma racionalização dos recursos financeiros, levando à mobilização de políticos, lideranças políticas e gestores estaduais e municipais de saúde, no intuito de deflagrar uma luta para assegurar o financiamento da Política de Saúde, com a efetiva implantação da proposta de emenda à Constituição (PEC29)⁵⁷.

[...] houve uma reunião das nossas entidades (ligadas a área da saúde) tanto da esquerda, como da direita, com a presença do Ronaldo Caiado, na época o presidente da República era o Fernando Henrique, o Ronaldo Caiado chegando a conclusão que essa década inteira de 90, eles combateram a vinculação de orçamento, porque achava que isso reduzia a liberdade da prática comercial da saúde. Mas chegaram à conclusão realmente que o Fernando Henrique ia ficar muito bravo, lembro bem disso, lá na Associação Médica, mas nós precisamos associar a esse pessoal, é preciso aprovar a emenda que regulamentava a vinculação de receita para a saúde [...] foi uma construção coletiva (entrevista7, trabalhador).

56 Valores Empenhados em US\$

1992	1996 (ate novembro)	Varição : 252%
4.626.387	16.307.367	

Fonte: SOF/IPLAN, 1996.

57 Estabelece a participação da União, dos Estados, Municípios e Distrito Federal no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, com uma aplicação de recursos fixada por lei.

O projeto de emenda parlamentar mencionado assegura os percentuais específicos para cada esfera de governo:

(...) porque cada um teria que colocar a sua cota que é 8% do federal e 12% do estadual e 15% do município, e eles não colocam (entrevista 9, usuária).

A efetiva implantação desse projeto criou mecanismos que coíbem as artimanhas nos gastos da saúde, utilizadas pelos gestores, e dessa maneira assegurou o montante financeiro que deve ser realmente investido na área:

[...] se o dinheiro fosse distribuído para a saúde, se viesse direto mesmo para saúde seria até suficiente. Mas só que ele é muito desviado, ele não vem diretamente para a saúde. A gente ouve fala assim que saiu uma verba para saúde esse ano. Mas ela é muito mal repartida. [...] eles põem saneamento básico que beneficia a saúde sim, mas a verba dele deveria ser só exclusivamente para ele, não tirando a verba da saúde (entrevista 9, usuária).

A posição assumida pela usuária é reafirmada pelo gestor, a seguir :

[...] Só com a aprovação da Emenda Constitucional 29 é que a gente pode dizer claramente que isso é gasto, que isso não é gasto na Saúde. [...] Os governantes, muitos não interessam. Muitos discutem e questionam hoje a vinculação de recursos [...] para a Saúde, para a Educação. Muitos questionam que os governantes deveriam ter liberdade de aplicar os recursos conforme as prioridades do Município [...] muitos questionam obviamente a Emenda 29 [...] Esse jogo orçamentário e financeiro é muito sensível, e os entendidos em finanças públicas maquiavam mesmo [...] usam outros instrumentos realmente complicados [...] muitas coisas estão embutidas para fazer os 15% ou 12% da Saúde, seja nos Municípios, seja no Estado. Então se maquiavam algumas coisas [...] tanto que o Tribunal de Contas sempre aprovou, como sendo um gasto de Saúde [...] você chega ao final do ano, você empenha determinados recursos, então você, do ponto de vista orçamentário, você concluiu. Mas logo em janeiro você faz toda a anulação dos empenhos. Então, você, às vezes entra no orçamento do ano que vem, sei lá, 10%, 15% do orçamento com despesas do ano anterior, que vem para você empenhar nesse ano. Então, é despesa do ano anterior considerada gasto desse ano, que vai comprometer o gasto desse ano. Então, tem muitas artimanhas financeiras e orçamentárias: ah eu estou gastando 15, eu estou gastando 12! Mas, vai ver como está gastando. Está mesmo? Quanto [...] em dezembro foi arrolado do orçamento que comprometeu o orçamento do ano seguinte? Então, ninguém fala isso. [...] quando às vezes, não fala isso porque você não tem gente preparada nos Conselhos para discutir isso, para visualizar isso. [...] você tem pessoas da comunidade que não têm a mínima condição. Então, como não tem gente preparada para acompanhar [...] isso acontece. Ninguém denuncia, ninguém fala e vai passando, vai perdendo a politização. Os Conselhos [vão] perdendo aquilo que eu falava ainda há pouco, daquilo que foi criado, para fiscalizar, para acompanhar, para tudo, quer dizer, não fazem isso hoje. Excepcionalmente um ou outro Conselho no Brasil faz isso. Por quê? Porque não é interessante para o gestor ter um olho fiscalizando o que ele está fazendo. A não ser aquele gestor comprometido. Eu falo de uma maneira geral, mas você tem gestores que apresentam os gastos, o que está sendo gasto, o comprometimento, toda a receita, o quanto recebe, você tem. Mas no geral, apresenta de uma forma não entendível e aí os Conselhos aprovam (entrevista 6, gestor).

O depoimento anterior destaca as dificuldades operadas no âmbito das políticas sociais e, nelas, a de saúde, para efetivar as inovações políticas institucionais propostas na Constituição/1988, em especial no que diz respeito ao controle social e ao financiamento. É inegável que ocorreu um alargamento da democracia, com a criação dos Conselhos de Políticas Sociais e de Direitos.

No contexto de orientações neoliberais, com constrangimentos para efetivação desses princípios, em decorrência do corte de gastos sociais em favor do superávit primário pelos acordos com o FMI, desconsidera-se critérios de justiça social redistributivos e democráticos, impondo uma política social restrita, fragmentada e desarticulada. Aliada a esses fatores, gestores reforçam a cultura política brasileira de manter as classes subalternas sob controle, amorfa, desmobilizada, apática à participação e, conseqüentemente, afastada do poder decisório. E ainda utilizam do discurso da tese da governabilidade para desestimular as classes subalternas de apresentar demandas sociais legítimas.

O controle, a coerção, são utilizado pelos gestores por meio da cooptação por métodos clientelistas até regulamentações que desrespeitam a legislação, para além de restrições orçamentárias, com poucos investimentos na estrutura de funcionamento dos Conselhos. Uma parcela significativa dos conselheiros, em especial representantes dos usuários, necessita de apoio para a participação nas reuniões, como assessoria e capacitação, de modo a tornar sua inserção crítica e participativa. Aqui se faz necessário ressaltar a importância dessas ações no sentido de assegurar uma participação qualificada e democrática, capaz de contribuir para a socialização da política e a defesa dos interesses coletivos (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Pode-se observar, diante do exposto, que esses fatores impediram avanços significativos na política de saúde, em especial no processo de descentralização, o que resultou em uma municipalização aquém das expectativas. Especificamente em Goiânia, dentro do processo de municipalização, foram repassados ao município os serviços da Vigilância Sanitária, expedição de alvarás, controle de alimentos, saneamento, da Vigilância Epidemiológica, e ainda do Centro de Saúde Vila Mutirão, CAIS Cândida de Moraes, CAIS Campinas, CIAMS Urias Magalhães, que foram se agregando às outras 31 unidades municipais. O processo não avançou muito por alguns fatores, que podem ser apreendidos pelo depoimento seguinte:

O processo [de municipalização] na década de 90 [...] se caracteriza [como] uma municipalização tardia em Goiânia. [...] o governo tinha medo de municipalizar [...] que acontecia, Goiânia, sempre foi um apêndice do governo estadual, durante décadas. O que gera uma Câmara Municipal enfraquecida e uma Prefeitura dependente, e na área da saúde, a Prefeitura nunca teve muita

coragem de enfrentar essa questão. O [prefeito] Darci Accorsi teve sua oportunidade, mas faltou vontade política para tratar isso (entrevista 4, gestor).

E reafirmados neste depoimento:

[...] [o prefeito] Darci tem um outro discurso, tinha possibilidade de avançar [municipalização], e por razões não (da) saúde, mas gerais da sua administração, ele não implementa a saúde como deveria, ao ponto de politicamente se aproximar do [governador] Íris [Rezende], como o Íris não aceitava abrir mão do poder, ele não municipalizava (entrevista 7, trabalhador),

A fala anterior encontra contraposição nas entrelinhas do documento da administração Darci Accorsi 1993 – 1996: “A nova forma de administrar”, quando aborda a relação entre essa gestão e o governo estadual:

Na relação com o Governo estadual o espírito de parceria vem abrindo caminhos, facilitando os encaminhamentos e transformando a Prefeitura de Goiânia em agente político central nas decisões do Estado, relativas à capital. Neste campo, foram ultrapassadas as atitudes de subserviência, ou de oposição sistemática, características do passado (1996).

O processo de municipalização, contudo, colocou em jogo muitos interesses:

[...] o afastamento do governo federal enquanto executor dos serviços de saúde, a universalização do atendimento que também incorpora novas clientela dentro do processo, geram choques na divisão de interesses [...] depois o governo federal sai da execução e passa muito mais para a formulação [...] Você tem momentos que gera certo crescimento de poder da Secretaria Estadual, [...] a municipalização vem logo na sequência e tira essa identidade da Secretaria Estadual (entrevista 4, gestor).

Percebe-se, assim, a maneira contraditória como o SUS foi construído em Goiânia, ao expressar a resistência do governo estadual quanto à descentralização das ações e serviços, tomada como um enfraquecimento do poder estadual. E, por parte do gestor municipal, houve recuo em efetivá-la, ao se distanciar dos interesses da população usuária dos serviços e pagadora dos impostos.

Verifica-se, portanto, que o processo de descentralização em âmbito nacional enfrentou uma série de entraves políticos, administrativos, financeiros; e diferentes burocracias do Ministério da Saúde, das SES e das SMS impossibilitaram o comprometimento direto dos gestores com o SUS. Dessas dificuldades resultaram a IX e X Conferências Nacional de Saúde, de 1992 e de 1996, respectivamente, efetivo apoio político, institucional e social à reforma da saúde.

A complexidade da descentralização, mediante a municipalização, colocou em evidência as limitações dos conselhos de saúde nesse processo, quando o Ministério

da Saúde criou, em 1993, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em nível federal, e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), em cada estado, com o objetivo de agilizar a descentralização e operacionalizar os procedimentos das NOB. As Comissões assumiram um papel importante dentro do SUS, ao mediar as parcerias entre os gestores, implementar políticas e propiciar negociações e deliberações para o gerenciamento da descentralização.

O contexto político nacional/estadual imperrou os avanços do SUS e exigiu pressão permanente das instituições/fóruns ligados ao setor, como Conselhos e Conferências de Saúde. Mesmo com todas as limitações, foram importantes para o avanço do SUS em Goiânia, de acordo com o depoimento da trabalhadora em saúde, na seção Opinião do jornal “Conselho”, de julho/93:

[...] através dele [controle social] poderemos ir desafiando e vencendo os graves entraves e dificuldades encontradas hoje para se efetivar, na prática, o que já foi alcançado na Legislação em vigor (Quaresmo, Jornal “Conselho”, 1993).

Nesse processo é importante destacar o controle social na gestão democrática popular, por meio das Conferências Municipais de Saúde de Goiânia. Assim, no governo de Darci Accorsi, ocorreram a II e III CMS (1993 e 1995). Quanto à sua gestão, distingue-se da anterior, pois além de um discurso mudancista, trazia reflexões sobre a realidade histórico-social do município e sobre o sistema de saúde local. O grande diferencial estava na proposição de diretrizes para a Política de Saúde a partir da saúde local.

4.3.1 O controle social sob o modo petista de governar: duas Conferências e a dinâmica do Conselho Municipal de Saúde

A II Conferência Municipal de Saúde, sob o tema “Construindo a Saúde que queremos”, adotou como estratégia a realização de três etapas – Local, Regional e Municipal. O início dos trabalhos ocorreu em abril/93 e a etapa final se deu nos dias 13, 14 e 15 de agosto do mesmo ano, no auditório do Tribunal de Justiça, em parceria com a Prefeitura de Goiânia/ Secretaria Municipal de Saúde/Conselho Municipal de Saúde.

A municipalização e o debate sobre o conceito amplo de saúde foram, no evento, assuntos dominantes, identificados no Relatório Final da Conferência. Conforme o referido Relatório, esses são mecanismos que “forçariam o Governo a achar solução para os problemas de Saúde” (Relatório Final, 1993, p. 2).

As discussões nas diferentes etapas ocorreram de maneira participativa e em certos momentos com bastante polêmica ante a necessidade de buscar uma “melhora no quadro caótico da saúde com a efetivação da municipalização em Goiânia” (Relatório Final, 1993, p. 1). Como a saúde é permeada por diferentes interesses políticos e econômicos, houve a preocupação em defender alguns deles:

[...] no início a iniciativa privada não participava. Esta timidamente participava. Cresceu o interesse deles em participar na medida em que eles foram observando que essa proposta ia vingar. Talvez eles não tivessem idéia de que o Sistema Único de Saúde ia se estabelecer de fato [...], tinham muitos temores, tantos preconceitos, a questão do Lula, PT, do governo socialista, aquele negócio de socializar a medicina [...] porque a iniciativa privada sempre teve seus interesses, e ao estar vinculada ao SUS eles sempre tiveram a parcela deles. Eles não queriam perder como até [hoje] não perdem [...] estão sempre querendo levar a melhor vantagem que puder, porque é o perfil da iniciativa privada. A iniciativa privada, ela é importante para o SUS. Agora é preciso que ela se coloque de forma responsável, de forma leal, não querendo apenas o benefício, mas dando o troco do bom atendimento, de fazer um trabalho honesto, de realmente quando internar um paciente fazer o que precisa fazer para esse paciente. Assim, como em nível do financiamento do SUS, precisa haver lealdade, valores de pagamento no credenciamento que predis põe esse tipo de conduta desleal, então vira uma bola de neve (entrevista 10, trabalhadora).

Outra interlocução respalda essa fala:

[...] neste período tivemos uma Conferência de Saúde aonde chegou um momento, que me lembro bem, [...] [eu] era conselheiro, esse conselho se exauriu, não tem legitimidade. E tivemos que fazer uma nova Conferência [...] [essa foi] muito importante, estruturante, para o controle social. As insuficiências nela, foram as insuficiências políticas do Darci, porque o Darci veio com um discurso de mudança, de avanço [...] do Sistema Único de Saúde, e me lembro bem que nas primeiras reuniões para [essa] Conferência de Saúde praticamente todos os donos de hospital foram, porque sabiam que ali ia avançar, ia ter controle do recurso público, ia limitar o direito do ganho deles. Quando eles perceberem que o Darci não implementava de fato essas mudanças eles ficaram tranquilos [...] e depois sumiram na Conferência e nós continuamos a Conferência sem eles (entrevista 7, trabalhador).

Os prestadores de serviços, como vendem serviços ao SUS, têm interesses concretos a defender no âmbito da política de saúde. Sua participação, quer seja nas Conferências ou no Conselho, está impregnada de valores sócio-econômicos e culturais inerentes à formação do Estado brasileiro, de defesa dos interesses burgueses e corporativos, ou seja, da hegemonia de classe dominante. A fala reforça o corporativismo da iniciativa privada, expresso na manutenção de privilégios particulares, sem vislumbrar novas possibilidades para a construção efetiva de uma nova política de saúde de acesso universal, com integralidade e equidade.

Entretanto a presença dos diferentes grupos de interesse no Conselho expressa a possibilidade de democratização da gestão pública, ao explicitar os conflitos, como também a politização das questões sociais (SANTOS, M., 2000). Mas entende-se que a participação da sociedade civil organizada pautada em interesses particularistas constitui fator enfraquecedor da luta do CMS para formulação de uma política de saúde dentro dos princípios mencionados.

Dessa forma ações foram empreendidas para assegurar uma ampla participação popular na Conferência, com objetivo de tornar as discussões e deliberações de interesse comum. A estratégia preparatória para a Conferência, mediante a realização de etapas Local e Regional, trouxe à tona a discussão do controle social nos serviços de saúde e a necessidade da criação dos Conselhos Locais nas unidades de saúde do município de Goiânia.

A partir desse entendimento, houve esforços no sentido de verticalizar as discussões sobre o processo de municipalização da saúde e do controle social, por meio dos Conselhos Locais de Saúde e pela mobilização e organização dos diferentes segmentos nas etapas preparatórias da II CMS.

Os Conselhos Locais assumem o caráter de *locus* do poder formal de organização popular, que emerge no transcender dos trabalhos das etapas regional e municipal, ao demonstrar o poder das discussões da II CMS. O marco desse processo foi a criação do primeiro Conselho Local, Bairro Goiá, ocorrida no dia 10 de julho de 1993, no salão Paroquial da Igreja Católica desse setor. Foi uma demonstração de que “os Conselhos Locais são resultados positivos e concretos que avançam na forma de exercer o controle social em Goiânia” (Boletim Informativo do Conselho Municipal de Saúde, Ano I, N° I, GOIÂNIA - JULHO/1993, p.2).

A criação dos Conselhos Locais vinha demonstrar a força e a articulação dos movimentos populares e sociais, que culminaram, posteriormente, com sua regulamentação legal.

Os resultados apontados na Etapa Final da II Conferência, deram ênfase a um modelo assistencial mais resolutivo, à ampliação dos recursos humanos, financiamento, controle social, além de

[...] renovar o Conselho Municipal e [...] consolidar os Conselhos Locais, conseguimos constituir 15 ou 20 conselhos locais de saúde. E daquele grupo nós construímos uma plenária de conselheiros [...] nos intervalos de uma Conferência para outra, que a gente usava para resolver grandes problemas (entrevista 7, trabalhador).

Pela leitura das atas foi possível detectar que a realização de uma Conferência constituía-se em um momento bastante significativo para o Conselho. Ocorria uma grande mobilização acentuada para o cumprimento das tarefas planejadas, injetando um fôlego novo às atividades cotidianas. A efetiva participação popular, por meio da Conferência, assegurava um reconhecimento ao trabalho desenvolvido pelos conselheiros e também era uma forma de avançar na agenda da saúde e nas cobranças junto ao gestor municipal:

[...] a Conferência de Saúde é uma maneira de capacitação, de formação dos conselheiros. Eu acho que é uma maneira muito rica, muito turbulenta, principalmente quando chega à escolha das entidades para ser representadas. [...] Mais importante que a Conferência em si é toda essa preparação para a Conferência (entrevista 8, usuária)⁵⁸.

A III Conferência Municipal de Saúde ocorreu em 1995, sob o *modo petista de governar*, e priorizava, em tese, a saúde como proposta democrática e popular. Contudo a conjuntura estadual assinalava para uma lentidão no processo de municipalização e descentralização das atividades da saúde em Goiânia e, no âmbito federal, adotava-se uma política de redução do papel do Estado na política social, no caso, na saúde.

Os trabalhos dessa Conferência foram realizados em três etapas:

- a) Local: 12/09/1995 – Conselho Local de Saúde Vila Mauá;
- b) Regional: agrupando dois conjuntos de duas regiões: 11/11 - regiões: Mandanha, Noroeste, Meia Ponte e Oeste. 18/11 - regiões: Central, Leste, Sul, Sudoeste e Norte;
- c) Final: 01 a 03/12/1995, no auditório Lago Azul - Centro de Convenções.

A Conferência realizou um balanço sobre o SUS e o exercício do Controle Social. Reconheceu-se que, apesar das dificuldades, houve consenso de que o SUS em Goiânia representava um avanço em relação às políticas públicas, embora enfrentasse um contexto cujo modelo econômico fosse contrário ao Sistema Único de Saúde, com universalidade e integralidade e, ao mesmo tempo, lidasse com o lento processo de municipalização.

As discussões mais intensas ocorreram nas etapas local e regional, contudo foi observada uma boa participação durante os debates realizados na etapa final, quando os participantes demonstraram familiaridade com os assuntos apresentados, acúmulo de experiências recolhidas no processo de implementação do SUS e do controle

58 Pedagoga, religiosa, iniciou sua militância junto ao Controle Social/SUS, na década de 1990, quando passou a residir no Jardim Curitiba. Iniciando suas atividades pelo Conselho Local de Saúde dessa localidade, atualmente, é conselheira do Conselho Municipal de Saúde, representando o segmento de usuários.

social. Isso vinha indicar “um amadurecimento político e técnico” dos conselheiros, com apresentação de problemas concretos, assim como estratégias para enfrentá-los (ESCOREL; BLOCH, 2005, p. 108). E, ao recorrer a Gramsci (1987, p. 223), pode-se afirmar: “existe uma consciência crítica que antes não existia, faz-se a história sabendo o que se faz”.

Na leitura do Relatório Final dessa Conferência não foi possível identificar com precisão os desdobramentos específicos das deliberações das Conferências anteriores quanto à implementação do SUS. Entretanto foi possível pinçar alguns, que mereceram reconhecimento dessa Plenária:

- a) os Conselhos Municipal e Locais de Saúde deram um passo para a consolidação do SUS;
- b) implantação do Programa de Prevenção do Câncer de Colo Uterino e Mama em todas as Unidades de Saúde e estímulo à vacinação como rotina nos postos;
- c) obrigatoriedade do uso de cinto de segurança para motoristas e passageiros e uso do capacete para motociclistas e acompanhantes.
- d) maior divulgação e interesse pela Saúde Mental;
- e) os segmentos que compuseram a II CMS colaboraram na avaliação da Política Municipal de Saúde, com sugestões para sua melhoria;
- f) atuação mais efetiva do Conselho Municipal nessa Conferência.

Durante a III Conferência foram definidas as entidades com assento junto ao Conselho Municipal de Saúde, com representantes efetivos e respectivos suplentes. Percebe-se que os debates nas Conferências não são homogêneos, contudo há uma unidade na defesa do SUS, num contexto de relações democráticas e contrárias á privatização dos serviços públicos, com grande ênfase nas reivindicações focalistas. Para além disso, ocorreram diversos questionamentos sobre a realidade brasileira, em especial sobre as privatizações promovidas pela Reforma do Estado, os princípios do neoliberalismo e a mercantilização da saúde. “Mas estas críticas não atingem os fundamentos da formação da sociedade de classes e, especialmente, a natureza da sociedade capitalista. São críticas que ficam no campo da política, dos efeitos e da conjuntura” (KRUGER, 2005, p. 23).

No entanto a Conferência, assim como o Conselho de Saúde Municipal, expressam a possibilidade do exercício da cidadania por meio do controle social, o que torna imprescindível o respeito e cumprimento de suas decisões. O fortalecimento dessas instâncias implica a capacidade de mobilização popular para cumprir suas

deliberações, bem como sanções, punições e penalidades aos gestores que descumpriram a legislação pertinente ao SUS. Ao analisar os relatórios das Conferências, constatou-se que inúmeras deliberações se repetem, demonstrando que muitas questões permanecem não solucionadas. Supõe-se, assim, que os argumentos são retóricas diante do descumprimento e da não implementação de políticas e decisões das Conferências:

[...] quando se reúne em uma Conferência, todo mundo está aprendendo a pensar, pensar na sua saúde, pensar na sua cidade, no sistema de saúde. Agora na hora de executar, nem sempre aquilo [que] se elaborou vai sair igual, porque tem que passar por um planejamento [...] ainda tem outra parte, porque a gente sabe que tem os interesses do próprio gestor, e, aí, é difícil segurar, e [os interesses] da política que dirige isso aí é muito grande [...] Por exemplo, o prefeito quer assim, o secretário faz isso independente do que seria mais adequado, e muitas propostas ficam postergadas em função disso, porque vai atender o interesse daquele. Infelizmente nós ainda estamos num estágio muito atrasado da política, eu considero. Porque um gestor precisaria dar continuidade à gestão do outro, independente do partido, corrigindo os erros, aperfeiçoando, entregando para o próximo, algo cada vez melhor [...] muda o gestor, desmancha um monte de coisa que já estava funcionando bem, começa tudo de novo. É uma perda de tempo, é um atraso, isso é atraso cultural, é atraso partidário, é atraso político (entrevista 10, trabalhadora),

Observa-se que a Conferência, sob o olhar dessa entrevistada, expressa a potencialidade do fórum. Contudo deixa transparecer que, nelas, as discussões e as decisões não assumem um caráter deliberativo, o que demonstra os desafios para a efetivação do que ficou determinado, bem como a importância do papel do CMS em retomar e pressionar os gestores para que as deliberações sejam cumpridas. Coloca, ainda, para além da pressão e mobilização popular, a necessidade de uma gestão junto ao Ministério Público, aqui entendido como espaço de exercício do controle social, credenciado para exigir que as deliberações das Conferências sejam implementadas (BRAVO, 2007). A efetivação das deliberações indica a possibilidade de, no interior do Estado, ter lugar a representação dos interesses das classes subalternas, com conseqüente formulação de políticas que expressem suas demandas. Somente a partir dessa compreensão e da ampliação da participação popular é possível pensar no fim do caráter restrito do Estado de colocar “como instrumento da materialização e da organização desse interesse comum da classe dominante” (COUTINHO, 1989, p. 52).

Quanto à Gestão Goiânia Cidade Viva, registra-se também que assumiu o poder reforçando a importância da participação popular. Contudo somente no dia 10 de janeiro de 2002, em outra gestão, de Nion Albernaz, agora pelo PSDB, e como secretário de saúde Elias Rassi Neto, foi efetivada a criação do Conselho Municipal de Saúde, pela Lei municipal nº 8.088/2002, após doze anos de luta por essa legitimação.

A pesquisa aponta que nessa época houve uma expansão na atuação dos Conselhos, de acordo com o depoimento:

[...] então o Deo [...] dentro da condição dele, ele fez o que pode, eu participei ativamente na época que foi a época que o Conselho realmente começou a se estruturar melhor, começou mesmo a se tornar um Conselho (entrevista 10, trabalhadora).

Por meio de depoimentos e leitura das atas de reuniões observa-se que ocorreu ampliação das atividades do Conselho, com predomínio de questões pontuais/emergenciais, ao priorizar a burocracia recorrente, em especial com aprovações de ações, programas ou projetos voltados a prestação de serviços assistenciais, sem uma efetiva interferência na política de saúde e com pouca visibilidade das ações junto à população em geral, restrita, em parte, aos usuários das unidades de saúde. O Conselho dispunha de infraestrutura básica para funcionamento; instalado dentro das dependências da Secretaria Municipal de Saúde, a situação persiste nos dias atuais “por motivo de não ter um espaço físico próprio e pela proximidade com a SMS” (CARVALHO, J.C., 2007, p. 29).

As análises dos documentos demonstram, entretanto, a intenção dos conselheiros em contribuir para o fortalecimento do SUS e estimular a participação popular pelo controle social. A criação dos Conselhos Locais é uma demonstração disso. A propositura de criação foi apresentada pela vereadora Olívia Vieira (à época filiada ao PC do B), pela Lei nº 18, de 18/10/1993:

[...] então houve uma ampla discussão sobre isso e depois aprovou a busca disso [...] [por meio da] Lei de (criação dos) Conselhos Locais de Saúde do município de Goiânia [...]. Com base no acúmulo dessa discussão da [primeira] Conferência de Saúde que ocorreu em Goiânia e para dar sequência nesse debate, do controle social, a partir do local. Goiânia foi à primeira cidade a ter Conselhos Locais de Saúde [...] conseguimos reverter à situação, que teve de novo, uma Conferência de Saúde, e a gente deu uma outra dimensão para a participação popular (entrevista 1, liderança política).

Ressalta-se, nesse processo, a importância das articulações e alianças na construção de uma hegemonia vinculada às classes subalternas, na busca de “construir o bloco histórico, ou seja, realizar uma unidade de forças sociais e políticas diferentes, [...] conservá-las juntas através da concepção do mundo que ela traçou e difundiu” (GRUPPI, 1978, p. 78).

É necessário, todavia, que os conselheiros incorporem a “noção de Conselho, enquanto espaço legítimo de participação da sociedade, e exerçam o potencial político” de sua representação nesse espaço e para além dele (BRAVO, 2006b, p. 29), o que pode ser verificado pelo depoimento a seguir:

Desta maneira tanto o Conselho Municipal de Saúde como os Conselhos Locais expressaram a possibilidade de assegurar o cumprimento dos preceitos constitucionais [pelo] controle social [...] Ele tem um papel fundamental, mas depende também de [como] está participando dele, porque há um grande risco no próprio controle social de haver infiltração de interesses político-partidários, de interesses pessoais (entrevista 1, liderança política).

Assim, no âmbito do controle social, os CLS constituem em estratégia do poder público municipal para assegurar uma efetiva participação popular na gestão da saúde de acordo com a realidade e a conjuntura local. Nesses espaços são discutidas as demandas por saúde e também realizada a eleição dos Conselheiros representantes junto ao CMS; suas decisões são de caráter deliberativo. Com isso impõe-se a necessidade de assegurar a legitimidade da representação, mediante sua efetiva articulação com as bases. Vale ressaltar que a articulação é um princípio fundamental não somente no âmbito local, como também no próprio Conselho Municipal, para garantir o “ingresso na esfera pública de um número cada vez maior de novos sujeitos políticos individuais e coletivos” (COUTINHO, 2000, p. 170). O depoimento expressa a importância da representação legítima:

[...] o Conselho de Saúde [pode] ser manipulado sim, no ano passado até houve o caso de um vereador que chegou ao Conselho Local, eu nem lembro o nome dele, nem da unidade, mas os membros da nossa comissão estavam presentes e presenciaram a fala desse vereador [...] falando que SUS não presta, se precisar de ajuda pode procurá-lo. Eu sinto que é um desaforo muito grande, que um vereador faça uma coisa dessa (entrevista 8, usuária).

Nesse aspecto, é fundamental ter clareza em relação ao “papel do Conselho, suas competências e atribuições, para se alterar esta dinâmica e avançar” (BRAVO 2006b, p. 26), no sentido de assegurar a participação da sociedade civil organizada na gestão das políticas sociais. Nessa direção, é esclarecedora e politizada a avaliação da conselheira:

[...] eu comecei a minha caminhada, aprendendo e errando, mas pouco a pouco, percebemos que precisávamos criar estratégias, só oba-oba, só agressão, só manifestações não resolvia (entrevista 8, usuária).

Em seu depoimento a conselheira expressa a dimensão e a responsabilidade da participação, ao demonstrar seu compromisso de não somente participar para cumprir as formalidades inerentes aos conselheiros, mas efetivamente contribuir para o fortalecimento do controle social no SUS.

Nesta afirmação estão contidos os princípios que norteiam a luta empreendida pelo Conselho, além de apontar em direção a uma práxis política transformadora:

[...] o Conselho Municipal de Saúde, associado com a Câmara de Vereadores, [por intermédio do] vereador Elias Rassi, tomou várias medidas, e uma

delas foi o tombamento do Patrimônio Histórico [Centro de Medicação de alto custo Juarez Barbosa] daquele prédio. Então o controle social [...] se não conseguia resolver o problema, pelo menos evitava que piorasse. Sobretudo, no final da década de 90, tem a descoberta da regra que é tudo para todos, então isso foi massificando ao ponto que nós, provavelmente Goiânia foi uma das principais cidades onde a sociedade passou a usar muito a justiça, pelo seu direito à saúde. Isso foi fruto dessa massificação, nós mesmos fizemos isso no Conselho Municipal de Saúde, já na década de 90 [...] que a gente chamava de protocolo da receita médica, onde facilitava a pessoa entrar na justiça pelo medicamento que ela não conseguia na unidade (entrevista 7, trabalhador),

O depoimento vinha reforçar o caráter político assumido pelo CMS na gestão Goiânia Cidade Viva, com o alargamento das forças democráticas na discussão da saúde, por meio de interlocutores significativos da sociedade civil.

No entanto é preciso, ainda, destacar a importância do engajamento dos gestores nesse processo, respeitando as atribuições legais dos conselhos, democratizando as informações também pelo acesso a elas, o que pode ser constatado pela entrevista seguinte:

[...] para o Conselho, [a prestação de contas é feita] através do documento, nós não tínhamos acesso aos relatórios financeiros [...] estava incluído com o relatório de gestão, mas global, não discriminado [...] O Conselho [...] aprovava sem querer entender muito (entrevista 8, usuária).

Outra articulação também deve ser priorizada, a questão da informação, de maneira a tornar a sociedade melhor informada sobre a Política de Saúde Municipal, o andamento das ações públicas, das deliberações das Conferências, dos processos licitatórios, dos preços neles praticados. São informações importantes para assegurar uma gestão mais transparente, dar visibilidade à sociedade. Exceder a formalidade e a burocracia, ao publicizar suas deliberações, de modo a tornar o CMS efetivamente referência do controle social nas diretrizes das políticas de saúde do município, além de expressar um “potencial de tornar a população interessada em participar” (OLIVEIRA et al., 2008, p. 60).

E, nesse sentido, constituir cidadãos ativos, portadores de direitos e deveres que os tornem construtores de governos democráticos e comprometidos com as demandas coletivas; para além de instituições políticas e marcos jurídicos adequados, é imprescindível condições apropriadas de participação na esfera pública. Esses cidadãos estarão sendo chamados a investir muitas e boas energias, buscando fazer escolhas com efeitos políticos, sobretudo com resultados efetivos para as demandas coletivas, e “incorporando-se ao patrimônio ético-político da sociedade” (NOGUEIRA, 2005, p.166).

Os depoimentos a seguir expressam esse espírito:

[...] ser conselheiro não é garantir um hospital, atendimento em cada município, é muito mais. É a capacidade de se ajudar e ajudar o outro, prevenir para não ficar doente. É uma luta para ver os direitos reconhecidos, é respeitar e dialogar com a comunidade, com os profissionais da área de saúde, com os gestores, com os políticos, para junto a gente encontrar o melhor caminho e solução. Porque se eu ficar procurando melhorar só uma vaga para mim, a maioria dos conselheiros pensa que se entrar no conselho, vai ter um privilégio, e ser conselheiro não é ter privilégio, assim a gente ajudará a construir um mundo diferente, que ele seja para todos, que seja a saúde que atende a todos, não só a mim, esse é o papel do conselheiro (entrevista 9, usuária).

Nestes anos todos, estou caminhando nestes conselhos em várias instâncias, e faz parte da minha fé, de trabalhar pela transformação da sociedade, eu sei que sozinho ninguém faz milagre, mas ajudando o povo entender sua força, acho que é uma maneira de transformar a sociedade [...] de incentivar a participação [...] nas instâncias de cidadania, que para mim são os conselhos (entrevista 8, usuária).

Ambos os depoimentos demonstram consciência em relação ao direito à saúde, como inerente aos direitos sociais. Fica claro, portanto, seu distanciamento da visão assistencialista, clientelista e meritocrática que, historicamente, tem permeado a política social brasileira, para concebê-lo como direito de cidadania. Com base nessas reflexões, é possível afirmar a centralidade que o CMS pode assumir na gestão, maior ou menor grau de acordo com o compromisso dos atores sociais que o compõem em representar interesses sociais e zelo pelo bem público. Nesse sentido coloca-se a possibilidade da construção de um projeto democrático capaz de interferir na condução dos negócios do Estado, em condições de tornar um projeto contra-hegemônico, ao deslocar o poder em direção à classe subalterna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Walter Benjamin, em *O Narrador*, afirma que narrar é comunicar uma experiência, é colocar em palavras o vivido. Dessa maneira procuro apresentar minhas reflexões sobre os estudos e as experiências vividas.

Abordar a temática da política social, em especial a de saúde, constituiu um grande desafio. Não há como negar que a política social brasileira expressa os limites, os paradoxos e contradições presentes em uma sociedade que se desenvolve sob a égide do capitalismo monopolista. O Brasil vivenciou esse processo de forma peculiar, carregando na sua formação econômica e social traços da herança colonial, retrógrada, combinados a uma inserção dependente e subalterna no “novo” modo de organização da produção pelos monopólios.

A construção da política de saúde no país é também permeada por esses traços. Sua gênese está associada à previdência social. A expansão da assistência médica individual, como política pública, incorporou o processo de construção e implementação da previdência social brasileira. Contudo é importante salientar que as ações de saúde, de caráter coletivo, antecederam a criação da previdência.

O imbricamento da política de saúde aos benefícios previdenciários conferiu a ela características da estrutura institucional da previdência social, como a segmentação da clientela com diferentes serviços de saúde prestados aos trabalhadores, gradual e diversificadamente incorporados à previdência social. Dessa maneira a assistência médica governamental se desenvolveu pelos princípios da meritocracia, vinculada ao contrato de trabalho formal, com características de seguro, de caráter contributivo. Não se constituiu como direito.

Com a ascensão de Vargas, as políticas sociais assumiram um papel importante, permitindo a penetração do poder central em todo o país. Essa presença no interior brasileiro foi um contraponto ao excesso de federalismo que marcou a Primeira República e que Vargas julgava como prejudicial aos interesses nacionais. Sabiamente, ele utilizou dessas políticas como uma barganha de controle e integração dos trabalhadores, ao acomodar interesses da burguesia industrial, agrária, trabalhadores, visando à construção de um Estado nacional e centralizador. Assim, ao criar dois ministérios (MTIC e MESP) para prestar serviços de saúde, o governo federal fortaleceu a estratificação com base na concepção de outorga, em que a população esteve ausente do

processo reivindicatório e, por outro lado, a saúde concebida enquanto vinculação ao mercado formal de trabalho.

O percurso feito por essa política, especialmente no período compreendido entre 1946 a 1964, demonstra o fortalecimento do modelo centrado na medicina curativa e na lógica do mercado, com expansão da medicina privada.

Nesse cenário, a política econômica, sob os auspícios da ditadura militar, resultou em crise, agravada pelo fim do milagre econômico. E aliada à crise social, fortaleceu a emergência de novas forças no cenário nacional: os movimentos sociais, especialmente o Movimento de Reforma Sanitária, expressão da luta da sociedade civil pelos segmentos dos trabalhadores organizados, como protagonistas desse processo de mudanças operadas na Seguridade Social, em especial na saúde, e, posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde.

O SUS é fruto dessa luta, modelo centrado na universalidade, na equidade e na participação popular, apesar das conhecidas distorções presentes no modelo preconizado pelo Sistema. Nesse processo foi fundamental o protagonismo da sociedade civil na luta contra o governo militar, em favor da cidadania e da justiça social. Assim, o valor da democracia é inseparável da descoberta da sociedade civil como legítimo espaço para o exercício da democracia direta e participativa. Somente com a ocupação e direção desses espaços será possível realizar a democracia e a cidadania pretendidas, ou seja, o exercício pleno dos direitos civis, políticos e sociais.

A leitura das categorias gramscianas contribuiu para um entendimento da história brasileira, sempre marcada por decisões pelo alto e pelo alijamento das classes subalternas do processo decisório. Ao construir historicamente o termo controle social e sua aplicação, quer pela coerção, quer na perspectiva da sociedade civil participando e fiscalizando as ações do Estado, outras categorias foram sendo desvendadas, como hegemonia, Estado, cidadania, democracia, descentralização, direitos e participação. Todas com estreita relação com a trajetória da política de saúde no Brasil, ao analisá-la na perspectiva da totalidade, na relação entre Estado e sociedade civil e mudanças operadas por meio do Movimento de Reforma Sanitária.

Apesar desses avanços constitucionais, a transição conservadora e as forças neoliberais levaram os governos do período 1988-1996 a uma guinada à direita, ao adotar políticas sociais orientadas pelos princípios solidaristas, privatizantes, focaliza-

dores e de descentralização no sentido de restringir o papel do Estado. Desse modo, buscaram esvaziar os canais de participação pela ação da filantropia e pela fragmentação das políticas.

Assim, o SUS, ao longo dos 20 anos de existência, foi “sabotado” de diferentes maneiras, com precarização da força de trabalho, crescente repasse de recursos à iniciativa privada, financiamento indefinido. Isso demonstra, em parte, a vitalidade desse Sistema, quando analisados do ponto de vista estatístico os procedimentos realizados, bem como a necessidade de retomar à agenda do Movimento de Reforma Sanitária, de maneira a resgatar seus princípios básicos, o que requer e exige a imprescindível participação popular.

A organização dos serviços de saúde em Goiânia, do mesmo modo como ocorreu no Brasil, expressa a lógica definida pelo mercado, em detrimento dos interesses e necessidades sociais. Esse aspecto constitui um entrave na efetivação do controle social, em decorrência da estrutura e da rede de interesses construída pela iniciativa privada, sob o apadrinhamento do Estado, sobretudo, ao considerar a formação histórico-social brasileira e, nela, a construção de Goiânia, com um passado, marcado por relações clientelistas e assistencialistas.

Ao resgatar a trajetória da política de saúde de Goiânia, especialmente no que se refere ao Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, fica evidente que foram empreendidas ações com esse propósito, mas que não tiveram a expressão ocorrida no eixo Rio-São Paulo, não constituindo um braço desse movimento em Goiânia. Houve articulações de profissionais de saúde, movimentos populares em defesa de mudanças no modelo de saúde, bem como participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, posteriormente, o SUS e a LOS. Alguns atores sociais oriundos dessa luta ocuparam cargos de direção junto à política de saúde do Estado, Município e outros, com atuação na implantação do controle social em Goiânia.

Esse processo de implantação respondeu a uma das propostas do Movimento de Reforma Sanitária, que é a municipalização, com base numa concepção de descentralização política, técnica e administrativa do sistema de saúde com controle da população. Isso significa dizer que o desafio é a luta no sentido de fortalecer a participação popular, diante de uma cultura autoritária avessa a ideia de dividir o poder, demonstra a necessidade de uma contínua alteração na relação Estado sociedade por meio do controle social.

Ao analisar o exercício do controle social tendo como espaços as Conferências e os Conselhos, salienta-se que ele ocorre no contexto das relações sociais, onde não há neutralidade, onde o componente da ideologia está inserido, o que remete à necessidade de compreendê-lo numa perspectiva crítica impregnado de diferentes valores, culturas e interesses econômicos e políticos. Esse foi um caminho possível para apreender os antagonismos e contradições presentes nesses espaços e, conforme Gramsci (1987) colocá-lo na ordem do dia, conferindo-lhe uma dimensão educativa a partir da possibilidade de construção de sujeitos historicamente ativos, que buscam mecanismos para romper com a submissão e a subalternidade.

A partir das condições existentes, o estudo apontou haver um distanciamento entre o que está definido constitucionalmente e o que é efetivado. Inicialmente os Conselhos foram criados para cumprimento da Lei, que vincula o repasse de recursos financeiros federais destinados às políticas sociais para as prefeituras. É um fator que contribuiu para a despolitização e para o enfraquecimento do papel desses institutos de democracia, principalmente nos pequenos municípios, que sofrem interferências de gestores conservadores, adeptos das práticas clientelistas e assistencialistas, desvirtuando, assim, seu papel. Isso reforçou uma prática histórica no cenário brasileiro, em que a saúde, desde sua origem, esteve vinculada à esfera privada e não à pública, e na noção de uma concessão e não um direito a ser garantido pelo Estado.

A investigação materializou-se na análise do processo de implantação e implementação do controle social no SUS. Registrou-se, por um lado, que práticas clientelistas ainda são reproduzidas; por outro, identificaram-se bases de uma nova cultura de participação política, tendo em vista a fiscalização da coisa pública, da sociedade civil como parceira na formulação da política de saúde, e sua atuação voltada para o fortalecimento da democracia e da cidadania.

Por meio das Conferências e do CMS, buscou-se compreender aspectos que restringem ou ampliam a participação da sociedade civil na gestão da política municipal de saúde de Goiânia, no período de 1988 a 1996. O que parece original e significativo, no entanto, é o fato de essas reflexões acerca do controle social – nascidas no bojo dos movimentos sociais, inspiradas pelos ideais vinculados aos movimentos populares, de profissionais de saúde e de setores progressistas da Igreja Católica – hoje se apresentarem como alternativas que vêm sendo construídas dentro da Política de Saúde, em especial no âmbito municipal, enfrentando os

desafios de uma burocracia institucional e também de uma cultura política clientelista e de apatia à participação.

Esse elemento evidencia cada vez mais a necessidade de investimento em processos educativos e de fortalecimento dos movimentos sociais para a produção de uma contra-hegemonia. Ou seja, fortalecer as bases em que os atores sociais se filiam e, conseqüentemente, legitimar a participação e a representação nesses institutos de democracia. E, dessa forma, qualificar o processo de socialização da política e da construção das demandas coletivas.

Nesse sentido, o controle social constituiu uma experiência e um desafio para todos os conselheiros e gestores, que, em sua maioria, não tinham clareza do seu significado. Alguns entrevistados apontaram a resistência dos gestores em partilhar o poder. De alguma maneira houve constrangimento na efetivação do controle social, especialmente quanto às questões burocráticas relativas aos procedimentos administrativos, ao modo como foram detalhadas as prestações de conta, ao pouco domínio dos conselheiros sobre os assuntos financeiros e administrativos, bem como a não priorização da sua capacitação.

Esse fator evidencia que para o exercício do controle social são necessárias não só abertura e qualificação política, mas, sobretudo, qualificação técnico-operativa referente ao funcionamento da máquina pública, do orçamento e financiamento.

A ausência de mecanismos mais efetivos de capacitação para os conselheiros, em especial para os usuários, contribuiu para que muitas decisões fossem adotadas de cima para baixo, sem que houvesse uma discussão mais detalhada com o Conselho. Torna-se necessária a sistematização de dados referentes às políticas setoriais, em particular às da saúde, com aspectos relacionados à política e à gestão, como gastos, repasse de recursos, planilha de recursos humanos, indicadores quantitativos e qualitativos dos serviços e políticas públicas. São informações relevantes que instrumentalizam os conselheiros para opinar e deliberar de maneira qualificada. Evidencia-se que os avanços em direção à institucionalização da participação na gestão das políticas públicas estão, em partes, relacionados à iniciativa e ao apoio dos gestores e ao seu compromisso com a democracia e a transparência da esfera pública.

A tônica da ação do CMS prevaleceu nas ações de formulação e fiscalização junto aos serviços de saúde do município, com indícios para a legitimação das ações da SMS, o que demonstra, em conformidade com o Projeto de Reforma Sanitária e os

princípios da LOS, a necessidade de criar estratégias de fortalecimento e politização de sua ação, ao assegurar a fiscalização não somente quanto ao orçamento destinado ao setor, mas também quanto à definição de prioridades e estratégias de ação, localização de serviços, etc.

Com referência ao CMS, identificaram-se conflitos e tensões nas duas gestões, pautados por questões pontuais envolvendo os serviços, a lentidão do processo de municipalização, as rotinas, as pressões da mídia, da população para uma maior resolutividade do SUS. E ainda conflitos por parte de alguns conselheiros mais críticos, militantes dos movimentos sociais, ao pressionarem por um exercício mais efetivo do controle social nos moldes preconizados pelo Movimento de Reforma Sanitária. Aliada a esses fatores, a formação histórica do Estado brasileiro: o clientelismo, a tutela, a solução dos problemas pelo “jeitinho”, pelo compadrio e, ainda, o descaso dos gestores do executivo municipal com a Política de Saúde, com baixos investimentos financeiros.

De certo modo a situação foi mais complexa na gestão do PT, até mesmo pela expectativa criada por ela, ao adotar um discurso mudancista, de oposição às velhas práticas políticas, bem como suas orientações favoráveis a gestões democráticas com participação popular, tendo a saúde como prioridade. Tais elementos foram utilizados pelos conselheiros, especialmente por parte dos profissionais de saúde com militância política partidária e sindical, no sentido de pressionar o gestor e assegurar um avanço no exercício do controle social.

A própria dinâmica do Conselho, com conselheiros tidos como intelectuais orgânicos, construiu estratégias para ampliação da participação e do controle social, como: realização periódica de audiências públicas, reuniões extraordinárias; realização de cursos de capacitação e qualificação dos conselheiros; realização de Conferências Municipais de Saúde; e criação dos Conselhos Locais de Saúde. Percebe-se uma representatividade política dos trabalhadores da saúde, sobressaindo a dos usuários, nas discussões, nos encaminhamentos dos trabalhos, o que reforça, por parte dos usuários, a paridade apenas numérica e não no âmbito da participação política em si. Ressalta-se, no entanto, que os profissionais de saúde não ocuparam plenamente esse espaço de formulação, implementação e fiscalização das políticas de saúde. Para o avanço do Projeto de Reforma Sanitária é importante que as entidades dos trabalhadores de saúde incorporem a concepção de Conselho na perspectiva de espaço legítimo de participação da sociedade e assegurem a representatividade política de suas entidades, por meio desse espaço e para além dele.

Cabe salientar, todavia, a articulação dos conselheiros para o fortalecimento do controle social, embora algumas contradições permeiem o processo. Uma questão chamou a atenção: a escolha de representantes, pelas entidades, para compor o CMS. Não há registro de como ocorreu, na base, essa participação, nem de preocupação por parte do conselheiro, e vice-versa, em prestar conta à sua entidade e seus pares da sua representação junto ao Conselho. Nesse sentido, há indícios de que a participação foi uma mera formalidade, restrita à pessoa indicada, burocrática, comprometendo a legitimidade e o potencial político inerente ao CMS, bem como a própria representatividade.

Ressalta-se, ainda, a ausência de interlocução, por parte dos gestores e do próprio CMS, com as demais políticas que compõem a Seguridade Social. Cada gestão, a seu modo, tentou dar conta das refrações da questão social, porém, sem buscar relacionar seus efeitos com o modo de produção capitalista e sem buscar construir estratégias para enfrentamento dos interesses hegemônicos, ou seja, reproduzindo a lógica vigente. Isso reforçou a fragmentação dessas políticas, ao passo que fortaleceu, nos Conselhos, uma atuação da sociedade civil com interesses particularistas em detrimento de interesses coletivos. Os dados da pesquisa apontam articulações de determinados segmentos, na busca de se afirmarem como ações coletivas, com o fim de assegurarem proveitos particulares. O suposto é que as articulações nesse sentido tiram do Conselho sua representatividade e legitimidade na relação Estado sociedade, reforçando a histórica aliança entre ideário neoliberal e privatização do público, pautando as relações numa lógica mercantil.

Reforça-se, pois, a importância de gestores comprometidos com os princípios do SUS e da Seguridade Social, bem como a necessidade de qualificar a participação desses conselheiros, no entendimento da construção de ações coletivas em torno de uma agenda comum entre os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, em especial da Seguridade Social. Essa qualificação tem por base a busca da superação de elementos, tais como a sobreposição e a fragmentação das ações desenvolvidas por essas políticas. Além disso publicizar o papel dos referidos conselhos, mobilizar a sociedade para participar, no sentido de assegurar que o fundo público amplie seus investimentos em gastos sociais com bens e serviços, bem como alargar a participação política e a riqueza socialmente produzida.

Em relação ao controle social pelas Conferências, destaca-se, em parte, um avanço na sua operacionalização. Como estratégia, a III Conferência Municipal adotou a realização por etapas: Local, Regional e Final, com intuito de verticalizar as discussões e refletir sobre os problemas locais e do município de maneira mais democrática e participativa. Contudo não mereceu, por parte do CMS, uma avaliação da

Política de Saúde do Município no sentido de subsidiar as discussões. Outro aspecto identificado e que de certa maneira compromete avaliações e estudos é a fragilidade na sistematização do processo, em especial na I e II Conferências; registra-se, na III, um avanço, com detalhamento das etapas. Contudo a sistematização pode e deve ser melhor aperfeiçoada, até mesmo para assegurar maior transparência às informações e clareza do processo histórico na construção do controle social em Goiânia.

A pesquisa não identificou, no conjunto dos relatórios das três Conferências, as proposições que efetivamente foram transformadas em resoluções. Nem o CMS, nem a Secretaria Municipal têm esse registro. Não foi prática entre a realização de uma Conferência e outra a produção de relatórios constando essa questão. Considera-se fundamental a adoção de estudo comparativo sobre o que é proposto e o que é realizado, estabelecendo-se uma relação com o Relatório de Gestão e o Plano Municipal de Saúde, pois são três instrumentos que, em tese, devem estar intrinsecamente articulados. Para além disso, um considerável número de deliberações extrapolam o âmbito da Política de Saúde, o que torna necessária uma articulação com as demais políticas sociais e respectivos Conselhos, para estabelecer estratégias de ação e efetivação das deliberações e, por fim, evitar a sobreposição de ações. Este é o desafio: encontrar formas de articular essas políticas e os conselhos gestores, no sentido de formular políticas sociais públicas universais, equânimes e democráticas.

Cabe ressaltar a importância de democratizar as discussões em torno da saúde e ampliar a participação popular pelas etapas locais e regionais. Mas é preciso formular estratégias, que impeçam de transformar as etapas em armadilhas para o SUS e para o próprio CMS, no sentido de reforçarem a fragmentação dos serviços e das reivindicações. Isso aponta para a necessidade de estudo que permita relacionar as proposições das etapas locais, regional e final, com as diretrizes e princípios do SUS, de modo a construir interesses comuns. E ainda para assegurar transparência e democratização das informações, no Relatório final de cada Conferência devem constar os custos de sua operacionalização e o perfil dos delegados eleitos, como uma forma de a sociedade identificar os atores sociais responsáveis pelas decisões sobre a Política de Saúde no município e os critérios que nortearam a definição (KRUGER, 2005).

Destaca-se também que, apesar do envolvimento dos trabalhadores de saúde no processo organizativo das conferências e do controle social, de modo geral os que atuam nos serviços ligados ao SUS se mantêm alheios aos princípios e diretrizes desse Sistema, com pouco envolvimento nas ações de educação em saúde e também na mobilização e organização da participação no controle social. E, ainda, no processo

da formulação, execução de políticas públicas e na elaboração de planos, programas e projetos inerentes à política de saúde municipal, conforme preconizado em lei.

Essa postura não corresponde aos princípios do Projeto de Reforma Sanitária e reforça o modelo hegemônico voltado para atividades curativas, principalmente desqualificando as ações que extrapolam essas orientações. As práticas desses profissionais contrapõem às do intelectual orgânico gramsciano. Para o filósofo marxista, o intelectual orgânico - os intelectuais do setor de saúde e de outras categorias - tem um papel importante na construção de um projeto contra-hegemônico de saúde dentro dos princípios de democracia e cidadania.

Dentre os intelectuais orgânicos vinculados ao projeto das classes subalternas, a pesquisa identificou a participação, no CMS, dentre outros, do Conselho Regional de Serviço Social. Mesmo não sendo essa uma profissão exclusivamente da área da saúde, o Código de Ética Profissional do Assistente Social, ao se posicionar e atuar em favor da equidade e da justiça social que garanta universalidade de acesso aos bens e serviços inerentes aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática pela efetiva participação dos usuários nas decisões dessa política, referenda os avanços constitucionais na Seguridade Social.

Neste sentido, assegura-se ao assistente social o exercício profissional mediado pela perspectiva dos direitos sociais, bem como diversificação e construção de novos espaços ocupacionais, em especial na área de saúde. No entanto, com a reforma do Estado e contenção dos gastos sociais, a atuação profissional é voltada para as contradições existentes no SUS, a exclusão no acesso, fragmentação/focalização, racionalização financeira, priorização da assistência médica curativa e individual. São as contradições entre aquilo que é assegurado por lei e o que efetivamente é posto que atravessam a atuação do assistente social, ou seja, as contradições existentes no SUS, sua operacionalização e organização.

Diante dessas colocações, os conselhos de políticas públicas constituem-se, para o assistente social, locus privilegiado de socializar seu compromisso em favor da justiça social, por meio da defesa e efetivação de políticas sociais públicas eficientes e com universalidade ao acesso, na perspectiva de alargamento dos direitos sociais. Nesse sentido o assistente social deve pautar sua prática pelo conhecimento crítico da realidade, das políticas sociais, além de domínio da legislação, da burocracia, das questões orçamentárias, da administração pública, no sentido de que as demandas postas - aqui entendidas como participação nos conselhos e no controle social - sejam orientadas pelos interesses e necessidades coletivas. Elementos que evidenciam a histórica relação

intrínseca entre a legitimação da profissão e a consolidação da política social, que está em consonância com a construção do projeto ético-político profissional, expresso nas Diretrizes Curriculares de 1996/ABEPSS, no Código de Ética Profissional do Assistente Social, de 1993, e na Lei de Regulamentação da Profissão, de 1993.

Ao analisar os trabalhos do Conselho e das Conferências, constatou-se, por um lado, não haver uma participação efetiva da sociedade civil, seja na formulação, seja no acompanhamento da política de saúde do município; por outro, verificou-se que, dadas as condições históricas e objetivas, essas instâncias buscaram cumprir seu papel, com indícios de sensíveis mudanças no campo das práticas institucionais e da postura política dos gestores, o que reforça a sua implementação como marco político na direção da universalização da saúde como direito e da democratização das relações entre Estado e sociedade civil.

O exercício do controle social por meio do Conselho e das Conferências de Saúde em Goiânia expressou avanços e recuos, tanto na democratização das decisões como na responsabilidade na gestão dessa política. Tem-se, assim, a possibilidade de construção de uma esfera pública, na medida em que os diferentes sujeitos coletivos buscam transformar sua participação em demandas coletivas e superar a cultura clientelista e autoritária que perpassa as relações das políticas sociais públicas, em especial a de saúde.

É evidente que a participação nessas instâncias não ocorreu de maneira linear e homogênea. Muitos conselheiros pautaram sua atuação por interesses corporativistas, politiqueiros e pela crença de que a função lhes asseguraria privilégios junto aos serviços de saúde. Contudo uma parcela significativa assumiu seu papel junto ao CMS, ciente do seu protagonismo diante da possibilidade de alteração nas relações até então presentes no interior da Política de Saúde. Numa sociedade marcada pelo perfil conservador em suas relações sociais, avessa às participações das massas no poder decisório, tais conselheiros construíram possibilidades de ruptura dessa lógica e buscaram incorporar uma concepção de relação social em que não impere apenas a lei do consenso, mas se assumam os conflitos e os enfrentem.

O funcionamento regular dos Conselhos e das Conferências de Saúde não garante o efetivo controle social. Sugere-se que outros estudos sejam realizados, como forma de apreender e socializar as relações e estratégias relativas ao seu funcionamento, buscando o fortalecimento do controle social no âmbito das políticas públicas, em especial da saúde. Nesse sentido, tais espaços se tornam mais participativos e

democráticos ao assegurar a construção de uma vontade coletiva mediante amplo processo de discussão e decisão.

Apesar do confronto diante das diferentes formas de perceber a política de saúde, e das diferentes expectativas em relação ao exercício do controle social, emergiram indícios de uma cultura cívica entre os conselheiros e as instituições da sociedade, ao expressarem uma arena pública, com possibilidade de superação de suas diferenças na busca de soluções políticas para os problemas e reivindicações coletivas. Se ainda não foi possível a consolidação de um Sistema de Saúde universal, resolutivo com integralidade, demonstra-se uma resistência ao que antes era imposto de cima para baixo, pela coerção, como única possibilidade. Isso reforça a importância dessas instâncias como espaços estratégicos a serem ocupados pelas classes subalternas na direção da construção da cidadania, da socialização da política e do fortalecimento dos institutos de democracia.

REFERÊNCIAS

ALVES, Maria Helena Moreira. Estado e oposição no Brasil (1964 -1984). 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

AROUCA, Antonio Sergio da S. Saúde e democracia: reflexão acadêmica e ação política. In: Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios. MEMÓRIAS. CONASEMS, Brasília, 2007, p. 43-57.

ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. In: EDLER. Flávio Coelho et al. (Orgs) Saúde e Democracia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2005, p. 285 -306.

_____. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan: FAPESP, 2000.

_____. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, (11) n.31, p.44 - 66. 1996.

ASSIS, Rivânia Lúcia Moura de. A política de assistência social no Brasil e sua relação com as organizações não governamentais: fortalecimento dos direitos ou da filantropia? 19ª Conferência Mundial de Serviço Social. Salvador, ago. 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete S. Política social: fundamentos e história/. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BENEVIDES, Maria V. M. A cidadania ativa. Referendo, plebiscito e iniciativa popular. São Paulo: Ativa, 1991.

BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BOBBIO, Noberto et al. Dicionário de Política. 5 ed. Brasília: UNB, 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza. Gestão democrática na saúde: O potencial dos conselhos. In: BRAVO M.I. S, PEREIRA Potyara A. Política social e democracia. 3 ed. São Paulo: Cortez, p. 43 – 65. 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês de Souza et al. (Orgs). Saúde e serviço social. 2 ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ. 2006, p. 25-47.

_____. Saúde, trabalho e democracia. Cadernos Metropolitanos. Ministério da Saúde, Brasília, 2006b.

_____. Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e reforma sanitária, Rio de Janeiro: UERJ. 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO M.I. S, PEREIRA Potyara A. Política social e democracia. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2007, p. 197-215.

CAMPOS, Edval Bernardino Campos. *Assistência Social: do descontrolo ao controlo social*. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 88, p. 101-121. 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde: um modo singular de produzir política pública*. In revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 87, p. 132-145, set. 2006.

_____. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992.

_____. *A Saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: HUCITEC. 1991.

CAMPOS, Itami. *Operários na Construção de Goiânia*. Educação em Mudança. Anápolis, v. 7/8, p. 143-149, 2001.

_____. Serviço de Higiene, origem da saúde pública em Goiás. In: FREITAS. Lena Castello B. Ferreira (Org.). *Saúde e doença em Goiás: a medicina possível: uma contribuição para a história da medicina em Goiás*. Goiânia: UFG, 1999, p. 223-238.

CAMÁRCIO, Tânia M^a C. *Saúde e Cidadania: Um percurso pelo cotidiano de uma Instituição Hospitalar*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Ciências Humana/Sociologia. Universidade de Brasília. Brasília, 1994.

CARDOSO, Franci Gomes. *Organização das classes subalternas: um desafio para o serviço social*. São Paulo: Cortez, 1995.

CARNEIRO, Nivaldo Jr. *O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde*. Tese (doutorado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2002.

CARVALHO, Brígida G.; MARTIN, Gilberto B. CORDONI JR. Luiz. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE. Selma Maffei; SOARES. Darli Antonio; CORDONI JUNIOR. Luiz. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: ed. UEL, 2001 p. 2-61.

CARVALHO, José Célio. *A política de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde de Goiânia (2001-2005)*. Monografia. Departamento de Serviço Social. Universidade Católica de Goiás. Goiânia, fev., 2007.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CHAVES, Amelia Fortunato et al. *Evolução da Estrutura Administrativa da OSEGO – Da Sua Criação até 30/09/1984 –IV Curso de Especialização Saúde Pública*. Fundação Oswaldo Cruz//UFG/IPTESP/ Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Goiânia, dez., 1984. Capítulo 5.

CHAUI, Marilena de Sousa. *Convite a Filosofia*, 13 ed. São Paulo: Afiliada, 2006.

_____. *O que é ideologia*. (38ª ed.), São Paulo: Brasiliense (Coleção Primeiros Passos, 1994).

_____. *Cultura e Democracia: o discurso competente*, 2 ed. São Paulo: Moderna, 1981.

CHAUL, Nasr Fayad. *A construção de Goiânia e a transferência da capital*. Dissertação (mestrado). Programa Pós-Graduação em História. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 1985.

COELHO, Marilene Aparecida. *O processo de organização do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício, 1974-1992*. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 1997.

COHN, Amélia, et al. (Orgs). *A saúde como direito e como serviço*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. ELIAS, Paulo Eduardo M. *Saúde no Brasil: políticas de organização de serviços*. 3 ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez. CEDEC, 1999.

CORALINA, Cora. *Os melhores poemas*. São Paulo: Global, 2004.

CORDONI Júnior, Luiz; PAULUS JÚNIOR, Aylton. *POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL*. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p. 13-19, dez. 2006.

_____. *Medicina Comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira*, Dissertação (mestrado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Intervenções – O marxismo na batalha da idéias*. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. *Contra Corrente - Ensaio sobre a democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Representação de interesses. Formulação de políticas e hegemonia. In: FLEURY, In: Sonia Maria T. *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989, p. 47-60.

_____. As categorias de Gramsci e a realidade brasileira. In: *Gramsci e a América Latina*. Organização e tradução: Carlos Nelson Coutinho, Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Paz e terra, 1985, p. 103-127.

_____. Dualidade de poderes – Introdução à teoria marxista de estado e revolução. São Paulo: Brasiliense, 1987.

DÂMASO, Romualdo. Saber e práxis na Reforma Sanitária, avaliação da prática científica no Movimento Sanitário. In: FLEURY Sonia Maria T. *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989, p. 61-90.

DOLLES, Dalísia Elisabeth Martins. A Santa Casa e os Hospitais pioneiros de Goiás. In: FREITAS, Lena Castello B. Ferreira (org). *Saúde e doença em Goiás: a medicina possível: uma contribuição para a história da medicina em Goiás*. Goiânia: UFG, 1999, p. 291-325.

DUARTE, Teresinha Maria. *Se as paredes da Catedral falassem: resistência da Arquidiocese de Goiânia ao regime militar (1968-1975)*. Programa de Pós-Graduação em História. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 1996.

DURIGHETTO, Maria Lúcia. *Sociedade civil e democracia: um debate necessário*. São Paulo: Cortez, 2007.

ESCOREI, Sarah et al. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: EDLER. Flávio Coelho et al. (Orgs) *Saúde e Democracia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2005, p. 59 –81.

_____. BLOCH, Renata Arruda. As Conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: EDLER. Flavio Coelho et al. (orgs.) *Saúde e Democracia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 83-119.

ESTEVAM, Luís. *O Tempo da Transformação – Estrutura e dinâmica da formação econômica de Goiás*. 2 ed. Goiânia: UCG, 2004.

FALEIROS, Vicente de Paula at al. *A construção do SUS*, Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

FAUSTO, Boris. *A revolução de 30*. São Paulo: Brasiliense, 3 ed. 1975.

FAGNANI, Eduardo. Avaliação do ponto de vista do gasto e financiamento das políticas públicas. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 1999, p. 119-129.

FERNANDES, Florestan. *Democracia e desenvolvimento – a transformação da periferia e o capitalismo monopolista da era atual*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. *A nova republica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.(Coleção Brasil: os anos de autoritarismo) 1986.

FERNANDES, Florestan. *A Revolução Burguesa no Brasil. Ensaio de interpretação sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FERNANDES, Mônica de Oliveira. *A Política de saúde: o controle social na perspectiva das Conferências municipais de saúde em Goiânia – década de 1990*. Monografia. Departamento de Serviço Social. Universidade Católica de Goiás. Goiânia, julho, 2008.

FERREIRA, Auristela Gonçalves Ferreira et al. *Contextualização Conjuntural de Saúde do Estado de Goiás*. Trabalho de conclusão do IV Curso de Especialização em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz/IPTESP/UFG/Secretaria Estadual de Saúde de GOIÁS. Goiânia, dez., 1984.

FILHO, Claudio Bertoli. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Cortez São Paulo: Ática, 1999.

FLEURY, Sônia M. Teixeira. Políticas Sociais e Cidadania na América Latina. In: CANESQUI, Ana Maria (org) *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: HUCITEC 1997, p. 135-155.

_____ (org) Reflexões Teóricas sobre Democracia. In: *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989, p. 17-46.

FONSECA, Cristina M. de Oliveira, *Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de, Goiânia: Locus privilegiado da saúde In: FREITAS, Lena Castello B. Ferreira (org). *Saúde e doença em Goiás: a medicina possível: uma contribuição para a história da medicina em Goiás*. Goiânia: UFG. 1999, p. 239-289.

GATTAI, Zélia. *Anarquistas, Graças s Deus*. Rio de Janeiro: Record, 2003, 271 p.

GERSCHMAN, Silva; VIANA. Ana Luiza D'Avila. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: EDLER. Flávio Coelho et al. (Orgs) *Saúde e Democracia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 307-349.

_____. *A Democracia Inconclusa: Estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GODINHO, Iúri Rincon. *Médicos e Medicina em Goiás: do século XVIII aos dias atuais de hoje*. 2 ed. Goiânia: UCG: Contato Comunicações, 2005.

GONH, Maria da Glória. *Conselhos Gestores e a Participação Sociopolítica*. 3ª edição. São Paulo, Cortez, 2007.

_____. *Teoria dos Movimentos Sociais – Paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

GRAMSCI, Antônio. *A concepção dialética da história*. Tradução: Carlos Nelson Coutinho, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978, 1987.

_____. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

GRUPPI, Luciano. *O Conceito de Hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

HOBBS, T. *O Leviatã*. São Paulo: Abril Cultural. Coleção “Os pensadores”, 1979.

HOBBSAWM, Eric. *Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991*. Tradução: Marcos Santarrita. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Vilela, *Serviço Social em tempo de Capital Fetiche-Capital Financeiro, Trabalho e Questão Social*. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. *Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico*, CARVALHO, Raul de. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. *O Serviço Social nas Relações Sociais: a questão da assistência*. In: ABRAMIDES, Maria Beatriz C. et al. (Orgs) *O Serviço Social nas Relações Sociais: movimentos populares e alternativas de políticas sociais*. São Paulo: Cortez, 1987, p. 35-47.

IANNI, Octavio. *Populismo e classe subalterna*. In: Debate & Crítica. Revista semestral de ciências sociais. São Paulo, n 1, p. 7-17, Jul/Dez.1973.

KAUCHAKJE, Samira. *Gestão e controle de políticas públicas: participação social no Brasil contemporâneo*. In: HUMANAS. Cidadania, Democracia e Políticas Públicas. Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Porto Alegre, vol. 16, n 1, p. 232-249, jan/jun. 2005

KRÜGER, Tânia Regina. *Os Fundamentos Ideo-Políticos das Conferências Nacionais De Saúde*. Tese (doutorado) Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2005.

JACOBI, Pedro. *Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde – São Paulo 1974 - 84*. São Paulo: Cortez, 1989.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde: Dilemas, Avanços e Desafios. In: EDLER. Flávio Coelho et al. (Orgs) *Saúde e Democracia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 353-383.

LOCKE, J, *Segundo tratado sobre o governo*. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
(coleção Os pensadores).

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil. Instituição e estratégia de hegemonia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MACCIOCCHI, Maria Antonieta. *A favor de Gramsci*. Tradução: Angelina Peralva. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1980.

MACHADO, Maria Margarida, *Política Educacional para Jovens e Adultos: A Experiência do PROJETO AJA (93/96) na Secretaria Municipal da Educação de Goiânia*. Dissertação de Mestrado em Educação Escolar Brasileira. Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 1997.

MARTINS, Omari Ludovico. *A organização dos servidores da Universidade Federal de Goiás*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da FE/UFG. Goiânia, 2001.

MARX, Karl. *Crítica da filosofia do direito de Hegel*. Tradutor (es): Rubens Enderle e Leonardo de Deus. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. *A Ideologia Alemã*. Tradução: Editora Martin Claret. São Paulo: Martin Claret, 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC. 1993, p. 19-91.

Movimento de Reforma Sanitário brasileiro na década de 70: participação das universidades e dos municípios. Memórias Brasília, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Athalaia, 2007.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves, *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MESTRINER, Maria Luiza. *O Estado entre a filantropia e a assistência social*. São Paulo: Cortez, 2001.

MÉSZÁROS, Istvan. *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. São Paulo: UNICAMP, 2000.

_____. *A necessidade do controle social*. Tradução : Mário Duayer São Paulo: Ensaio, 1987.

MIGUEL, Walderez Loureiro *O Serviço Social e a promoção do homem: um estudo de ideologia*. 2ª edição revista. São Paulo: Cortez, 1980.

MINAYO, Maria C. de et al. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petropolis: Vozes, 1994.

MOISÉS, José Álvaro. Movimentos Populares, Alternativas de políticas Sociais e a Organização da Categoria. In: ABRAMIDES. Maria Beatriz. C (org) *O Serviço Social nas Relações Sociais: movimentos populares e alternativas de políticas sociais*. São Paulo: Cortez, 1987, p. 61-73.

MORAES, ELZA MARIA DE et al. *Análise do contexto histórico no Brasil de 1960 aos dias atuais (1984)*. Trabalho de Conclusão do IV Curso de Especialização em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz UFG/IPTESP/ Secretaria de Saúde do Estado de Goiás/OSEGO. Goiânia, dez. 1984.

MOTA, Ana E. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: Teixeira, Marlene et al. (Orgs). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, v. 1, p. 40-48, 2006.

_____. *Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos de 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 1995.

MOURA, Cristina Maria Gusmão et al. *Movimento Sanitário: contextualização histórica e sua consolidação com o Sistema Único de Saúde*. 19ª Conferência Mundial de Serviço Social. Salvador, ago. 2008.

MOURA, Cristina Maria Gusmão et al. *A institucionalização da Assistência Social como política pública em Goiânia: a construção da FUMDEC*. Monografia. Departamento de Serviço Social. Universidade Católica de Goiás. Goiânia, dez., 2002.

NAZARENO, Elias. *O ressurgimento do Movimento Sindical em Goiás na década de 1980*. Dissertação (mestrado). Departamento de História. Universidade de Brasília. Brasília, 1996.

NETO, Elias Rassi; VIANA, Sólton Magalhães. GOIÂNIA, cidade planejada para 50 mil habitantes. Brasília: Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH/ Núcleo de Estudos de Saúde Pública - NESP/Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - CEAM/UnB. 2008 (mimeo).

NETTO, J. P. *Ditadura e serviço social – Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-1964*. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. *Capitalismo monopolista e serviço social*. 3 ed. ampliada. São Paulo: Cortez. 2001.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Um Estado para a sociedade civil. Temas éticos e políticos da gestão democrática*. 2 ed. São Paulo: Cortez. 2005.

_____. Gramsci, a questão democrática e a esquerda no Brasil. In: Gramsci e a América Latina. Organização e tradução: Carlos Nelson Coutinho; Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Paz e terra, 1985, p.130-152.

NOGUEIRA, Roberto Passos. *Problema de gestão e regulação do trabalho no SUS*. In: revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n 87, p. 132-146, set./2006.

NUNES, Everardo Duarte (Org.) *Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVEIRA, André Nader de. et al. Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. In: *Democracia, Conselhos de Saúde e Participação Social*. Em Saúde Para Debate. Rio de Janeiro. n 43, p. 48-61. Jun./2008.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi. *O Brasil dos imigrantes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda, 2001.

PASTORINI, Alejandra. A categoria “questão social” em debate. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PENSADORES, Os. (John Locke, Rousseau, Voltaire). São Paulo: Abril Cultural, 1979.

PEREIRA, Potyara A. P. Estado, regulação social e controle democrático. In: Bravo M.I. S.; PEREIRA Potyara A. *Política social e democracia*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2007, p. 25-42.

_____. *Necessidades humanas: subsídios a crítica dos mínimos sociais*, 3 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PIO, Dilma de Santana. *O papel do controle social na política de assistência social em Goiânia (1996–2006)*. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Departamento de Ciências Sociais/FCHF. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2007.

QUINTANEIRO, Tânia, *Karl Marx in Um toque de clássicos: Durkheim, Marx e Weber*. Maria Ligia de Oliveira Barbosa, Márcia Gardênia de Oliveira. Belo Horizonte: ed. UFMG, 1995.

RAICHELIS, Raquel. *Esfera pública e o Conselho de assistência social: caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez, 1998.

RASSI, Solange. *Diagnóstico dos Serviços Sociais em Goiás: educação, saúde e promoção social – cadastro e avaliação*. Projeto para Goiânia. Instituto de Planejamento Municipal. 1991.

REIMER, Ivoni Richter. *Como fazer Trabalhos Acadêmicos*. OIKOS:UCG, Goiânia. 1997.

ROSA, João Guimarães. *Grande Sertão Veredas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

SANTANA, Adelia Alves et al. *Condições de saúde na área de cobertura do Centro de Saúde JK – Goiânia – Goiás: contribuição para uma análise. Trabalho de conclusão do VI Curso de Saúde Pública*. Turma B. Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz UFG/IPTESP/Secretaria de Saúde do Estado de Goiás/OSEGO. Goiânia, dez, 1978.

SANTOS, Mauro Rego Monteiro dos. *Conselhos municipais: a participação cívica na gestão das políticas públicas*. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos Santos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. *O serviço social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Marysia Alves da. *SUS de A a Z – Terminologia do sistema único de saúde*. Goiânia: ed. autor; ed: UCG. 2005.

SILVA, Ilse Gomes. *Democracia e participação na 'reforma' do estado*. São Paulo: Cortez, 2003 (Coleção Questões da Nossa Época; 103).

SIMIONATTO, Ivete. *Gramsci: Sua teoria, incidência no Brasil, influência no serviço social*. São Paulo: Cortez. 2004.

SINGER, Paul (org). *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

SOUZA, Maria do Carmo Campello de Souza. *Estado e Partidos Políticos no Brasil (1930 a 1964)*. São Paulo: ALFA-OMEGA LTDA, 1983.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. *Controle social e políticas de saúde*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro 8(4), out/dez/1992. p. 366-378.

TELES, Vera da Silva. *Direitos sociais. Afinal do que se trata?* 2 ed. Belo Horizonte: ed. UFMG, 2006.

UGA, Maria Alicia D. ; MARQUES Rosa Maria. *O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos*. In: EDLER. Flávio Coelho et al. (Orgs) *Saúde e Democracia* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 193-233.

VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. *Os (des) caminhos da formação sanitária e os direitos sociais: uma reflexão a partir da Escola de Saúde de Minas Gerais*. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Departamento de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

VIANA, Maria José de Faria. *A assistência social no contexto do pluralismo de bem-estar – prevalência da provisão plural e mista, porém não pública*. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Política Social – Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília: 2007. Capítulo: I e VIII.

_____. *Direito e política social – o impacto da LOAS nas agências de assistência social no município de Goiânia*. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da FE/UFG. Goiânia: 1999. Capítulo I.

VIANNA, Luis Werneck. *Liberalismo e sindicato no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: paz e Terra, 1978.

VIEIRA, Evaldo A. *Os direitos e a política social*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. *Democracia e política social*. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1992. (Coleção polêmicas do nosso tempo).

_____. *Estado e miséria social no Brasil – de Getúlio a Geisel*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1987.

VIEIRA, Jackeline Nascimento. *A Municipalização da saúde na gestão Goiânia Viva 1993-1996. A implementação do Conselho Municipal de Saúde*. Monografia. Departamento de Serviço Social. Universidade Católica de Goiás, Goiânia, março, 1998.

WEFFORT, F Correa. Org. Os clássicos da política (1,2 e 3). São Paulo: Ed. Ática 1993.

_____. *Por que democracia?* São Paulo. Brasiliense, 1984.

YASBECK, Maria Carmelita et al. *Prática Assistencial no Brasil*. In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 17, 1985, p. 73-89.

Pesquisa Internet

ANGELI, José Mário; SOARES. Nádia Roque. *A questão da classe subalterna na sociedade brasileira*. Disponível em: www2.uel.br/grupo-pesquisa/gepal. Acesso em 13 de fev. 2009.

BALESTRIN, Maria de Fátima Barros; BARBOSA, Solange Aparecida. *A política de saúde no município de Ponta Grossa*. Revista Emancipação. 8(1):105-117, 2008. Disponível em: <http://www.uepg.br/emancipação> - Acesso 10 fev. 2009.

BENEVIDES, Maria Victoria. *A questão social no Brasil – os direitos econômicos e sociais como direitos fundamentais* Videtur (USP), v. 3, p. 7-14, 2001. Disponível em: <http://www.hottopos.com/vdletras3/vitoria.htm>. Acesso 11 de jan. 2008.

BIBLIOTECA VIRTUAL CARLOS CHAGAS. *Historinha de Manguinhos*. Disponível em: www.prossiga.br/chagas - Acesso em 4 de jul.2008.

BIBLIOTECA VIRTUAL CARLOS CHAGAS. Fundação Rockfeller. Disponível em: <http://carloschagas.ibict.br> - Acesso em 1 de nov. 2008.

BRAVO, Maria I. de Souza. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: *capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/ DEPEXT/NAPE, 2001, p. 1-24. Disponível em: www.fnepas.org.br/pdf/serviço_social_saude Acesso em 14 de abril. 2007.

CALVI, Kettini Upp. *O controle social nos conselhos de política e de direitos*. Revista Emancipação. 8(1): 9-20, 2008. Disponível em: <http://www.uepg.br/emancipação>. Acesso em 9 de fev. 2009.

CAVALCANTI, Pereira Margarete. *Participação E Controle Social Em Saúde*. 2000. Disponível em: www.google.com - Acesso em 29 de jul. 2008.

CHAUÍ, Marilena. Considerações sobre a democracia e alguns obstáculos a sua concretização. Seminário: Os sentidos da democracia e da participação. São Paulo 1 a 3 de Jul. de 2004, p. 1 a 8 (Conferência). Disponível em: www.polís.org.br/seminário. Acesso em 11 de nov. 2007.

CORREA, Maria Valéria Costa. *Controle Social na Saúde*. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, p. 1-29. Disponível em: www.google.com –Acesso em 07 de jan. 2009.

ELIAS, Paulo E. *Estado e Saúde: Os Desafios do Brasil Contemporâneo*. Revista São Paulo em Perspectiva, 18(3): 41-46, 2004. Disponível em: ww.scielo.br/pdf/spp/v18n3 – Acesso em 18 de mar. 2007.

FERREIRA, Marieta de Moraes. *Reformas de Base – Governo x Congresso*. CEDOC/ FGV. Disponível em: www.cpdoc.fgv.br - Acesso em 24 de ago. 2008.

FLEURY, Sonia M Teixeira et al. *Municipalização da saúde e poder local no Brasil* Artigo apresentado no 21º ENANPAD, 21-24 de setembro, 1997. Artigo com os resultados da

pesquisa também foi publicado na Revista de Administração Pública, vol. 31, nº 5, setembro/dezembro, 1997b. Disponível em: www.google.com - Acesso em 17 de jan. 2008.

HOCHMAN, G. *Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)*. Educar, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Editora UFPR. Disponível em: www.google.com - Acesso, em 3 de jul. 2008.

LUZ, Madel T. *Notas Sobre As Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição Democrática' – Anos 80*. Texto reproduzido com a autorização da autora, constante da publicação Physis, Revista de Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, 1991, 77-97. Disponível em: www.google.com - Acesso em 7 de jul. 2008.

MOTTA, Sérgio Carvalho Cunha da. *Resenha do livro: Para Além do Capital Rumo a Uma teoria da transição de István Mészáros*. Rio de Janeiro: Revista Eletrônica Boletim do TEMPO, ano 2, n. 27, 2007.[ISSN 1981-3384] Disponível em: www.google.com - Acesso 15 de fev. 2009.

PAULA, Christiane Jalles de. *O Segundo mandato na presidência e a crise sucessória*. Disponível em: www.cpdoc.fgv.br - Acesso em 24 de ago. 2008.

SEIBEL, Erni J.; OLIVEIRA, Heloisa M. J. *Clientelismo e seletividade: desafios às políticas sociais* Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, EDUFSC, n. 39, p. 135-145, Abril/2006. Disponível em: www.google.com - Acesso 23 de set. 2008.

KORNIS Mônica Almeida. *A cultura enganjada* CEDOC/FGV. Disponível em: www.cpdoc.fgv.br - Acesso 24 de ago. 2008.

Documentos

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil/1988, Brasília.

_____. Lei Federal 8.142, de 28 dezembro de 1990a. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei_8142](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei_8142.pdf), acesso em 15 de jan.2007.

_____. Lei Federal 8.080, de 19 setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei 8142](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei_8142.pdf), acesso em 15 de jan.2007.

_____. Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde, 8ª — Anais. Brasília, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430p.

BRASIL.Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, *Contagem da População, 1996*. Rio de Janeiro: IBGE, 1997.

GOIÂNIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Comunicação/Arquivo. 2008.

_____. Plano diretor de saúde. Governo cidade de Goiânia. Secretaria de Saúde, ago, 1997.

_____. Acompanhamento estatístico - Evolução das Receitas Municipais. 1992 a 1996. Secretaria de Finanças, dez, 1996.

_____. Estudo comparativo – evolução de investimentos em áreas prioritárias. Goiânia. Maio, 1996.

_____. Perfil físico financeiro de 1992 a 1996. Secretaria de Finanças, dez, 1996.

_____. Administração Darci Accorsi: a nova forma de administrar – 1993 a 1996. 1996.

_____. Diretrizes de governo da administração popular 1993 - 1997. 1993.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de gestão. 1993.

_____. Plano de metas: gestão de Joaquim Roriz. 1988.

_____. Proposta para adesão ao sistema unificado e descentralizado de saúde. Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário (FUMDEC). Goiânia, ago, 1987. Conselho Municipal de Saúde. Relatório Final da II Conferência Municipal de Saúde. Goiânia, 1993.

Jornais/Periódicos

Os funcionários do Hospital de Doenças Tropicais estão presos e incomunicáveis. Diário da Manhã. Goiânia. 7/10/1980. Primeira página.

Seminário de Saúde após a Conferência. O Popular. Goiânia. 16/02/1986. Caderno Cidade. [s.p].

Seminário de Saúde chega ao seu final. O Popular. Goiânia. 120/02/1986. Caderno Cidade. [s.p].

Saúde em Conferência. O Popular. 6/03/1986. Caderno Cidade [s. p].

QUARESMO. Maria Edna Pereira. Opinião. "Conselho" – Boletim Informativo do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia. Goiânia, jul 2003.

ANEXOS

- I Roteiro de entrevista/usuária
- II Roteiro de entrevista/gestor
- III Roteiro de entrevista/trabalhador
- IV Termo de consentimento livre e esclarecido
- V Cópia do parecer/aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Goiás