

Henrique Kujawa e Paulo Carbonari (Orgs.)



Edição  
Fac-similar

Alberi Nascimento Grando  
Bernadete Maria Dalmolin  
Jair Andrade  
Lucia Maria Mottin  
Nelci Terezinha Zorzi  
Rejane Roesler Mocinho  
Valdevir Both  
Volmir Brutscher

# Luta pelo direito humano à saúde

experiência de Passo Fundo



*méritos*  
editora

*Henrique Kujawa  
Paulo Carbonari  
(Orgs.)*

*Alberi Nascimento Grando  
Bernadete Maria Dalmolin  
Jair Andrade  
Lucia Maria Mottin  
Nelci Terezinha Zorzi  
Rejane Roesler Mocinho  
Valdevir Both  
Volmir Brutscher*

# Luta pelo direito humano à saúde

experiência de Passo Fundo

*Passo Fundo  
2004*



*Edição  
Fac-similar*

*méritos*  
editora

2004 – 1ª versão em papel  
2021 – versão fac-similar em e-book

© Livraria e Editora Méritos Ltda.  
Rua do Retiro, 846  
Passo Fundo - RS - CEP 99074-260  
Fone: (54) 3313-7317  
Página na internet: [www.meritos.com.br](http://www.meritos.com.br)  
E-mail: [sac@meritos.com.br](mailto:sac@meritos.com.br)

Charles Pimentel da Silva  
Moacir Pimentel Goelzer  
Editores

Rafael Borges  
Diagramador

Todos os direitos reservados e protegidos pela lei nº 9.610 de 19/02/1998.

Partes deste livro podem ser reproduzidas ou transmitidas, desde que citados o título da obra, o nome da autora, da editora e os demais elementos de referência, conforme normas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

---

L973 Luta pelo direito humano à saúde: experiência de Passo Fundo / organizado por Henrique Kujawa, Paulo Carbonari. – Passo Fundo: Méritos, 2004.  
168 p.

1. Saúde 2. Saúde pública 3. SUS 4. História da saúde pública - Passo Fundo 5. Direito a saúde pública  
I. Kujawa, Henrique(Org.) II. Carbonari, Paulo(Org.)

CDU:614(816.5)

---

Catálogo na fonte: bibliotecária Marisa Fernanda Miguellis CRB10/124

ISBN 85-89769-05-4



Impresso no Brasil

*Esta obra só foi possível graças à contribuição de diversas organizações e pessoas.*

*Gostaríamos de agradecer aos diversos autores e, ao mesmo tempo, sujeitos históricos que dedicam parte de suas vidas na luta pela efetivação do direito humano à saúde, portanto seus textos são também, em grande medida, registro de suas experiências.*

*Agradecer também as inúmeras organizações que atuam na luta pela saúde em Passo Fundo, entre elas ao CEAP, que, historicamente, através de seus educadores populares, serviu de apoio e assessoria; a MISEREOR e a Manos Unidas que são cooperadores do trabalho do CEAP e das organizações que lutam pela efetivação das políticas públicas de saúde.*

*Ao conto de pessoas e entidades que por décadas dedicam esforços, no exercício do controle social, na atuação do Fórum Municipal da Saúde de Passo Fundo, na conscientização da população de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado.*

# Prefácio

“A saúde é a primeira de todas as liberdades”  
Henri-Frederic Amiel, escritor suíço (1828-1881)

Estou convicto que a luta pelo direito à vida e à saúde venha surtindo efeitos. Cada dia mais, esse direito é conquistado no Brasil. Sabemos que ainda estamos distantes da universalidade e da integralidade, o tudo para todos, mas temos consciência de estarmos trilhando o caminho certo. Nossa dificuldade é a velocidade com que andamos nesse novo caminho.

Como marco inicial desses novos tempos podemos colocar a III Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 1963, que defendeu o direito universal à saúde e a municipalização dos serviços de saúde. Dois movimentos se sucederam nessas últimas décadas. No primeiro, a luta para *colocar no papel – tornar legal* e nos últimos anos, o movimento que vivemos, para *retirar do papel – cumprir o legal*.

Depois da III CNS, tivemos o período de exceção da ditadura militar, onde pouco se progrediu na construção desse direito universal à saúde. O investimento, nesse período, foi na garantia do direito à saúde dos previdenciários. Além da assistência à saúde, pela própria previdência, duas saídas *milagrosas* foram praticadas naquela época e que persistem, de alguma maneira, até hoje. A primeira, pelos contratos e convênios com os hospitais privados, muitos deles financiados pelo Governo, pelo FAS. Chegou-se à cerca de setenta por cento do total, os serviços de saúde comprados na rede privada. Outra saída, foi a assistência à saúde própria das empresas, principalmente as industriais. Aqui se repete o modelo público

de terceirização. Ao invés de criar serviços de saúde próprios, estes são terceirizados às denominadas empresas de medicina de grupo, com seus planos de saúde. Essas, além de receberem das empresas eram, em parte, de início maior e depois irrisória, subsidiadas pela previdência pública com retorno de parte do recolhimento sobre a folha de pagamento. Com a abertura política, nas décadas de 1970 e 1980 e com as reflexões sobre o *estado de bem-estar social* o tema, direito à saúde, que se discutia apenas em pequenos grupos, passou a tomar conta dos departamentos de medicina preventiva e social ou de saúde pública das universidades. A esses juntaram-se outros defensores do direito à saúde como a nova leva de prefeitos e administradores públicos de saúde que se uniram no movimento de municipalização das ações e serviços de saúde. Assim se consolidou esse movimento em defesa da vida e saúde.

Outro componente essencial de luta, no antes, durante e depois, foram as pessoas da comunidade. Nesse momento foi essencial a participação das Comunidades Eclesiais de Base – CEB, ligadas à Igreja Católica, com sua opção de se voltar para os mais pobres. Um desses grupos católicos, o da Zona Leste de São Paulo, ficou marcante pelo engajamento nessa luta. Estavam localizados numa região de 1,5 milhão de habitantes, sem nenhum tipo de assistência pública à saúde. A importância dessa união de profissionais de saúde e da comunidade, principalmente a católica, levou à escolha do tema da Campanha da Fraternidade de 1981: *Saúde para Todos*.

Esse embrião de luta pelo acesso universal e igualitário à saúde correu junto com o movimento de abertura política pondo fim à ditadura militar. Esteve dentro do movimento *Diretas Já*, da Nova República, da volta dos civis ao Governo em eleição ainda indireta, e da primeira proposta de se fazer uma conferência nacional de saúde ampla, com a participação direta da população. A VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 consolidou e legitimou toda essa doutrina em defesa da vida e da saúde que, em seguida, foi colocada à disposição da Assembléia Nacional Constituinte. Aprovado, na Constituição, a luta seguinte foi a regulamentação da CF nas leis 8.080 e 8.142 de dezembro de 1990. Assim terminou o primeiro grande movimento: *colocar no papel*. Tornar a proposta de saúde, como direito do cidadão e dever do estado, uma proposta legal, sacramentada na Constituição brasileira e regulamentada por leis.

Hoje enfrentamos o segundo movimento. O de *retirar do papel – cumprir a lei*. Entre dezembro de 1990 e os dias de hoje, já no terceiro milênio, trava-se o maior dos embates: conseguir fazer esse direito à vida e à saúde sair do papel.

Nesse esforço, individual e coletivo, quero destacar a relevância do grupo do CEAP. Já há alguns anos tive o prazer de entrar em contato com o grupo e vi nele e, em seus membros, um trabalho sério em defesa da saúde. Não se conformam em sua própria militância. Partem para o objetivo de ajudar a formar líderes em defesa da saúde. Contaminar lideranças já engajadas a atuarem também em saúde. É um trabalho sério que vem se realizando continuamente mostrando não ser apenas um ímpeto.

Essa publicação, escrita por militantes e colaboradores do CEAP, sustentada igualmente pelos seus militantes não escritores, é uma contribuição a essa discussão e prática de defesa da vida e saúde. Vamos assim avançando. Buscando a velocidade para vencer as dificuldades e compensar, a seu tempo, as desigualdades dos mais pobres que, em geral, têm mais dificuldades em ter ou manter sua saúde.

O direito à saúde só se concretizará plenamente quando for assumido como uma luta de todos. Todos por si e todos por todos. Mesmo aqueles que já lutaram muito, por muito tempo e sem desânimo, agora num novo desafio que é lutar pelos que não conseguem ou não têm vozes para fazê-lo, desta e de outras gerações futuras.

Gilson Carvalho

Médico Pediatra e de Saúde Pública

# Considerações iniciais

O reconhecimento do direito humano à saúde no Brasil é recente e sua efetivação é um processo que está em curso e com muitos desafios por enfrentar. A Constituição de 1988 consolida uma luta de décadas travada por um conjunto de movimentos sociais, especificamente pelo movimento da Reforma Sanitarista ao definir que saúde é um *direito de todos e um dever do Estado*. Após a Constituição, um conjunto de legislações – principalmente as leis 8.080/90 e 8.142/90 – e de normas operacionais estabeleceram a base legal de reconhecimento desse direito. Do ponto de vista da operacionalização, o processo de descentralização e municipalização constituíram-se numa marca e num desafio para a efetivação do direito à saúde. Nessa perspectiva os municípios tornaram-se as arenas de grandes batalhas na organização do sistema, no seu financiamento e no exercício da participação da comunidade.

A organização desta obra objetiva analisar, a partir de diversos aspectos e olhares, a trajetória da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS – em Passo Fundo, entendendo que a reflexão sobre essas trajetórias municipais, apontando seus limites, suas positivities e, principalmente, seus desafios, são de extrema importância para qualificarmos nossas ações rumo a efetivação plena do direito humano à saúde.

O trabalho se apresenta em três partes.

A primeira aborda a saúde enquanto direito humano e analisa, através do primeiro capítulo, a trajetória das políticas públicas no Brasil, discutindo o conceito de saúde, a concepção de política pública e o entendimento histórico da saúde como direito humano. O segundo capítulo analisa o direito humano à saúde a partir de princí-



pios filosóficos e das bases legais constituídas através dos diversos pactos internacionais de direitos humanos e da Constituição brasileira. O terceiro capítulo aborda a trajetória de construção dos princípios filosóficos e das bases operacionais do SUS.

A segunda parte fala sobre o SUS em Passo Fundo resgatando, através do quarto capítulo, a história da saúde em Passo Fundo no período imediatamente anterior à implementação do SUS, tratando da constituição da CIMS e a transição para a implementação do SUS. No quinto capítulo reconstrói-se a trajetória da implementação do SUS em Passo Fundo, principalmente a partir da construção do primeiro plano municipal de saúde.

A terceira parte o controle Social do SUS em Passo Fundo, discutindo, no sexto capítulo, o conceito de controle social, sua importância na efetivação do direito humano à saúde e na construção de uma cultura política cidadã. O sétimo capítulo aborda e analisa a história do Conselho Municipal de Saúde de sua origem até os dias de hoje levando em conta não só os acontecimentos, mas centralmente os elementos políticos e sociais inerentes ao processo. No oitavo capítulo analisa-se a efetivação do controle social a partir da organização e atuação do Fórum Municipal da Saúde de Passo Fundo que, a partir da década de 1990, aglutinou os diversos movimentos, organizações sociais que lutaram pela implementação do SUS. Por fim, no nono capítulo, analisa-se a contribuição dos princípios da educação popular na organização social que lutou pela efetivação do SUS, bem como a contribuição do Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP – que, historicamente, atuou como apoiador e assessor na luta pela saúde em Passo Fundo.

*Henrique Kujawa, Paulo Carbonari*  
Organizadores

# Sumário

PREFÁCIO .....	7
CONSIDERAÇÕES INICIAS .....	11

## PARTE I

### A construção da saúde enquanto direito humano

1. Política pública de saúde: uma leitura histórica <i>Henrique Kujawa, Valdevir Both .....</i>	17
2. Direito humano à saúde: notas sobre o conteúdo normativo <i>Valdevir Both.....</i>	29
3. Implementação do SUS: uma análise de sua trajetória <i>Nelci Terezinha Zorzi, Rejane Roesler Mocinho .....</i>	49

## PARTE II

### O SUS em Passo Fundo

4. Da CIMS ao SUS: análise da atuação da CIMS na construção da proposta do SUS em Passo Fundo <i>Alberi Nascimento Grandó .....</i>	67
5. Reflexões sobre a Organização da Atenção à Saúde no município de Passo Fundo/RS <i>Bernadete Maria Dalmolin, Lucia Maria Mottin .....</i>	87

## PARTE III

O controle social do SUS em Passo Fundo

---

6. Controle social: um desafio para efetivação do SUS  
*Henrique Kujawa* ..... 103
7. Conselho municipal de saúde: um espaço em disputa  
*Jair Andrade* ..... 117
8. Fórum municipal de saúde: a organização como garantia do controle social  
*Valdevir Both, Volmir Brutscher* ..... 133
9. A atuação do CEAP em Passo Fundo: educação popular e o exercício do controle social do SUS  
*Volmir Brutscher, Valdevir Both* ..... 153

# **Parte I**

## **A construção da saúde enquanto direito humano**

# Capítulo 1

## Política pública de saúde: uma leitura histórica

Henrique Kujawa\*  
Valdevir Both\*\*

---

### 1.1. Introdução

Na história brasileira a questão social foi, tradicionalmente, tratada como problema social classificado a partir de alguns critérios éticos e morais, mas sempre ligados com a necessidade da permanência da ordem social – segurança social. Nessa perspectiva, Cohn<sup>1</sup> menciona a distinção de dois fenômenos sociais: a) injustiça social – desemprego, pobreza, analfabetismo – considerada inaceitável pela sociedade, mas tolerada por não representar, no imaginário social, perigo à ordem social; b) violência social – homicídio, latrocínio, invasão de propriedade – como fenômeno, além de inaceitável, também intolerável por ameaçar a ordem social e a segurança individual, devendo, portanto, ser prioridade para o Estado.

Pode-se afirmar que a questão social da saúde se enquadra, na perspectiva histórica brasileira, como injustiça social tolerável. Por isso, o Estado brasileiro somente passou a tratá-la como política pública tardiamente, dando atenção na medida em que ques-

---

\* Mestre em história, professor da UNOCHAPECÓ, educador popular do CEAP no Programa Políticas Públicas.

\*\* Formado em Filosofia, educador popular do CEAP no Programa Políticas Públicas.

<sup>1</sup> COHN, Amélia. A questão social no Brasil: a difícil construção da cidadania. In: MOTTA, Carlos Guilherme (Org.). *Viagem incompleta: a experiência brasileira (1500-2000): a grande transação*. 2. ed. São Paulo: SENAC, 2000.

tões de saúde interferiram na ordem econômica ou na estrutura social. Durante o século XX pudemos visualizar com maior intensidade a adoção de políticas públicas de saúde no Brasil, muito embora somente a partir de 1988 a saúde foi reconhecida como um direito de todos.

Este capítulo visa resgatar, embora que rapidamente, a trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil e analisar a construção da perspectiva da saúde como direito humano, portanto universal. Para um melhor entendimento da estrutura deste capítulo, a temática será abordada em dois momentos: 1º) resgate histórico das políticas públicas no Brasil, apontando para o histórico de discriminação social desenvolvida a partir do direito de atenção à saúde. 2º) breve relato em torno da construção da proposta do SUS, demonstrando-a como conquista popular e, ao mesmo tempo, como revolucionária pelo que se propõe.

### 1.1.1. República Velha (1889-1930)

O final do século XIX e início do século XX foi marcado pela consolidação de um novo regime político, a República, e, ao mesmo tempo, pela construção da hegemonia de um novo grupo econômico, a burguesia cafeeira. Foi um período de diversificação econômica, de grande aumento das exportações, de intensa imigração europeia, de urbanização e da influência sofrida pelas transformações tecnológicas e científicas vividas pelo mundo.

As transformações vivenciadas trouxeram consigo alguns problemas como, por exemplo, as epidemias que dizimavam grande número de vidas e, principalmente, repercutiam no modelo econômico que estava se consolidando. O risco de contágio com as doenças infecto-contagiosas estava prejudicando o comércio, uma vez que diversos navios se negavam a atracar em portos brasileiros para comprar o café e trazer os produtos industrializados dos países europeus e dos Estados Unidos. A imigração começou a diminuir, inclusive por recomendações oficiais por parte de países europeus que orientavam para que seus membros evitassem vir para o Brasil. Esses problemas exigiram uma ação imediata que resultou na campanha de vacinação obrigatória e em projetos de saneamento no Rio de Janeiro e no Porto de Santos. Os interesses econômicos garantiram

que a saúde fosse tratada como uma *questão de política*, para garantir os *interesses nacionais*<sup>2</sup>.

A segunda década do século XX trouxe mais transformações. A abundância de mão-de-obra e a dificuldade de importação decorrente da Primeira Guerra Mundial (1914-18) impulsionaram um embrionário processo de industrialização, ampliando a urbanização e, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de uma classe operária influenciada pelas teorias anarco-sindicalistas. Esses fatores passaram a exigir melhorias nas condições de trabalho. Eclodiram diversas greves em 1917, 1918 e 1919 que, embora reprimidas, possibilitaram avanços nas conquistas de direitos. Uma dessas conquistas resultou na lei que criou as Caixas de Aposentadorias e Previdência – CAPs – (Lei Eloy Chaves, 1923)<sup>3</sup>. Eram fundos constituídos nas fábricas que continham a contribuição dos empregados, dos empregadores e do governo. Tinham como objetivo garantir a aposentadoria dos contribuintes e, gradativamente, desenvolviam ações em saúde. A constituição das CAPs acontecia apenas nas empresas com maior número de empregados, que conseguiam constituir maior pressão e força de reivindicação.

Inicia-se nos anos 1920 e aprofunda-se na década seguinte a preocupação do cuidado com a saúde da mão de obra, seja pela capacidade de reivindicação dos trabalhadores ou pela preocupação do Estado de atrelar o movimento sindical e tutelar às relações trabalhistas. Amélia Cohn (2000) chama esse processo de cidadania do trabalho, que entende como cidadão aqueles que estão no mercado de trabalho e contribuem financeiramente pelos benefícios – como é o caso das CAPs e posteriormente os IAPs e INPS.

É, portanto a partir da década de 1920 que a *questão social* no Brasil passa a ser incorporada pelo Estado, via trabalho, formalizando-se assim o estatuto de cidadania para determinados segmentos sociais, enquadrando-o juridicamente num aparato que reunia e articulava legislação trabalhista, legislação sindical e previdenciária. (p. 392)<sup>4</sup>

---

2 É nesse período que se desencadeia a Revolta da Vacina, contrária a proposta sanitária de Oswaldo Cruz, imposta verticalmente pelo governo do Rio de Janeiro. Preocupados com os prejuízos das epidemias desenvolve-se o saneamento do Rio de Janeiro e de Santos, duas cidades fundamentais para as exportações e importações da época.

3 Essa lei foi apresentada pelo deputado Eloy Chaves e promulgada pelo presidente Artur Bernardes sob o número 4.682 de 24 de janeiro de 1923.

4 A mesma autora salienta o caráter paternalista do Estado: "(...) pelo próprio traço oligárquico e patrimonialista do Estado e da cultura política brasileiros, verifica-se no país a consolidação de um sistema de proteção social, que apesar de se desenvolver em duas vertentes paralelas – a dos direitos sociais e a da filantropia – não se diferencia quanto ao seu traço paternalista e conservador. (Cohn: 2000, p. 392).

Portanto, nas primeiras três décadas do século XX podemos identificar a constituição de duas linhas de ação das políticas de saúde: de um lado a atenção primária, ancorada no saneamento e na vacinação para combater e evitar novas epidemias; e de outro lado, a atenção a grupos operários que contribuíam para a constituição de uma previdência própria. A atenção à saúde de grande parte da população continuava dependendo da caridade e da ação dos curandeiros.

### 1.1.2. A Era Vargas (1930-1945)

Esse período foi marcado por uma grande mudança na estrutura política e econômica do Brasil. O poder dos grandes oligarcas e coronéis foi substituído por um processo de centralização política e a economia agroexportadora do café, aos poucos, foi dando lugar a um processo de diversificação econômica e de industrialização. Getúlio Vargas buscou dar sustentação ao novo regime político aproximando-se do movimento sindical e às classes operárias. Entre as medidas tomadas por seu governo com esse intento estão a criação das leis trabalhistas – que posteriormente resultaram na criação da CLT –, que atrelaram o movimento sindical ao Estado, e a criação dos Ministérios da Saúde e do Trabalho. Do ponto de vista das ações em saúde, as CAPs foram transformadas em Instituto de Aposentadoria e Previdência – IAPs.

O objetivo dessa ação foi aglutinar todas as CAPs de uma mesma categoria profissional, que antes eram organizadas por empresas, em um único instituto. Isso permitiu a maior centralização dos recursos e, teoricamente, maior homogeneização dos serviços, uma vez que as empresas maiores – suas arrecadações e serviços – seriam padronizadas às menores, já que os recursos estavam indo para o mesmo caixa. Embora fosse uma prerrogativa das CAPs e, posteriormente dos IAPs, a assistência à saúde não se constituía em prioridade, nem em políticas homogêneas. Como nos aborda Mercadante (2002) haviam inúmeras restrições para o atendimento à saúde

(...) no Instituto dos Marítimos – IAPM –, o período de internação era limitado a trinta dias, e a despesa do Instituto com atenção médica não poderia ultrapassar 8% da receita do ano anterior. Já em outros IAPs, como o dos industriários e dos trabalhadores em transporte e cargas, a atenção médica poderia implicar a cobrança de contribuição suplementar. (p. 238)



Nesse período os IAPs aumentavam significativamente sua arrecadação, de acordo com o crescimento do número de empresas de cada setor e de operários. Os recursos acumulados pelos IAPs permitiram ao governo financiar o crescimento industrial. Um exemplo concreto disso foi a utilização dos referidos recursos para a viabilização da usina de Volta Redonda e Usiminas. Mais adiante se abordará as conseqüências da utilização, por parte do Estado, dos recursos da previdência para financiar e fortalecer a indústria.

Faz-se necessário apontar que a atenção ao combate às epidemias continuou, principalmente durante a Segunda Guerra Mundial (1939-45), através de Serviços Especiais de Saúde Pública<sup>5</sup>. Esse projeto fruto de um acordo entre Brasil e Estados Unidos, objetivava atender, com serviços médico-sanitários, regiões de produção e extração de materiais estratégicos, como por exemplo a borracha. Contudo, a atenção individual de saúde permaneceu de responsabilidade individual ou então para quem estava no mercado de trabalho e contribuía com os IAPs.

Portanto, a Era Vargas, em suas fases democráticas e ditatoriais, embora tenha promovido a maior centralização da previdência com mais interferência do Estado<sup>6</sup>, manteve a atenção à saúde restrita àqueles que dispunham de capacidade financeira para contribuir com o sistema e concentrou sua política pública nas regiões periféricas visando evitar as epidemias que pudessem trazer maiores prejuízos ao modelo econômico da época.<sup>7</sup>

---

5 Entre os serviços criados, podemos citar: em 1937 o Serviço Nacional da Febre Amarela; em 1939, o Serviço da Malária do Nordeste e em 1940 o Serviço de Malária da Baixada Fluminense. Esse conjunto de ações contribuem para a constituição de um embrionário e frágil sistema nacional de atenção de saúde que gradativamente foi se fortalecendo.

6 BRAGA; Paula, ao mencionar as transformações desse período apontam “A reconstituição histórica do processo de centralização por parte do Estado, as reformas nos serviços de saúde e a criação de uma multiplicidade de agências de novas unidades de serviços fundamenta a afirmação que no período que se abre com a Revolução de 1930 inicia-se a constituição de uma política nacional de saúde, mas ainda, a reestruturação e dinamização dos serviços de saúde configuram um primeiro momento do processo de concretização dessa política que, entretanto, continuará limitada, sua plena constituição tendo que aguardar necessariamente uma outra etapa do desenvolvimento brasileiro, na década de 50”. (1986, p. 55).

7 Segundo Cohn o fato da atenção social, portanto os serviços de saúde, estarem disponíveis apenas para quem estava empregado e contribuinte com o sistema, trouxe um elemento de perverção até hoje presente, qual seja, a divisão das políticas sociais entre os que são “cidadãos” contribuintes e outro para os pobres. Decorrente disso a necessidade dos pobres buscarem o vínculo pessoal com figuras influentes para ter acesso aos serviços. Temos assim a raiz do clientelismo e do paternalismo do Estado e, principalmente, de personagens políticas. Essa prática se materializa na ambulancioterapia, distribuição privilegiada de AIHS, nos albergues mantidos por políticos em cidades maiores, diante da dificuldade de efetivação do direito à saúde, utilizam esses expedientes como moeda política. Ver COHN, 2000, p. 389-390.

### 1.1.3. A redemocratização e a implementação do modelo neoclássico (1945-1964)

O período pós Segunda Guerra Mundial foi marcado pelo impacto provocado pelo Holocausto, pelas bombas atômicas, pelo grande desenvolvimento das ciências, notadamente a química, a física e a medicina. Ao mesmo tempo, temos a constituição da Guerra Fria que bipolarizou o mundo entre o bloco socialista, liderado pela URSS, e o bloco capitalista, hegemônico pelos EUA. Foi nesse período que o Brasil iniciou a era do desenvolvimentismo com acelerado processo de industrialização, tutelado pelo capital e tecnologia externos.

Em meio ao crescimento industrial e às influências externas, sobretudo norte-americanas, ocorreu a adoção do modelo neoclássico de saúde, sustentado pelo grande desenvolvimento químico-farmacêutico e de vasta quantidade de equipamentos de diagnóstico. Grandes hospitais foram construídos, volumosos investimentos em equipamentos e na indústria farmacêutica foram sustentados pela compreensão de que a atenção à saúde deveria receber um tratamento como qualquer outro setor da produção industrial e pelo crescimento dos IAPs que aumentavam proporcionalmente ao aumento das indústrias e dos operários que contribuía com seus institutos. Como já mencionamos anteriormente, a saúde passou a ser vista como um investimento industrial e, como tal, deveria ser tratada, com injeção de capital e tecnologia externos, com garantia de produção de taxas excedentes que justificassem os investimentos.

### 1.1.4. Ditadura militar

Os militares assumiram o poder para romper com um período de grande pressão popular que pretendia promover reformas sociais – reformas agrária, educacional, urbana – para tornar o Brasil mais justo principalmente sob o aspecto econômico e social<sup>8</sup>. Portanto, as políticas desenvolvidas pelos militares vieram reforçar o modelo de saúde capitalista que priorizou os hospitais e os remédios, e reforçou o modelo de atendimento somente aos que contribuía para o sistema. Em 1966 foi criado o INPS que centralizou todos os IAPs,

---

<sup>8</sup> A pressão dos movimentos sociais ia no sentido da implementação das reformas de base, o presidente João Goulart, em 1964, havia anunciado o seu apoio a estas reformas, o que desagradou sensivelmente os seus opositores que passaram a questionar o golpe de 1964.

formando assim um grande caixa de dinheiro que foi utilizado como doação para que grupos privados construíssem grandes hospitais, para financiar obras como a Rodovia Transamazônica e a Usina de Itaipu, ou então, para fraudes gigantescas.

Os recursos arrecadados pelo INPS, que chegavam a cifras maiores que o próprio orçamento da União, não tinham nenhum controle ou fiscalização o que facilitava as fraudes ou desvios de funções dessas verbas. Foi nesse período que, juntamente com a construção de grandes hospitais e o aumento das consultas fornecidas pelo INPS, reapareceram doenças e epidemias por falta de saneamento e de atenção básica. Consolidou-se no Brasil o conceito de saúde como sinônimo de tratamento à doença.

Se, por um lado, tínhamos uma política do regime militar que reprimia os movimentos sociais e permitia fraudes com o dinheiro do INPS, por outro, tínhamos um movimento que reuniu profissionais, intelectuais e o movimento popular com o objetivo de construir uma nova proposta de política de saúde para o país. Esse grupo foi chamado de Movimento pela Reforma Sanitária e foi o principal sujeito na construção da proposta do SUS.

## 1.2. As origens do SUS

O Movimento da Reforma Sanitária, partia de uma nova concepção de saúde que atendia os anseios dos movimentos sociais e da população em geral. Essa concepção pressupunha que todos os brasileiros são cidadãos sujeitos de direitos. Nesse sentido, a saúde é um direito de todos, independente de carteirinhas. Para efetivá-lo o sistema deveria ser integral, garantindo a promoção, proteção e recuperação.

Embora a proposta do movimento da reforma Sanitária no Brasil contemplava a grande luta internacional dos povos pela garantia e efetivação do direito humano à saúde para todos, amplamente discutido na conferência de Alma-Ata, pelos seus princípios mexeu com interesses e concepções de mundo. O setor privatista da saúde – grandes hospitais, laboratórios, clínicas, planos de saúde – percebeu que a proposta chocava-se com os seus interesses de tratar a saúde apenas como tratamento da doença e ganhar dinheiro com o atendimento médico, remédios, exames e internações hospitalares. Seto-

res políticos não concebiam todas as pessoas como cidadãs e, portanto, com direito à saúde e, principalmente, que o dever de garantir esse direito seria do Estado. Esses setores achavam que o Estado deveria garantir atenção necessária só aos pobres; os demais deveriam pagar planos de saúde particulares.

O projeto do SUS nasceu contrapondo-se a interesses e, para isso, teve de sustentar muita luta. Devemos salientar dois momentos importantes: o primeiro foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) que, pela primeira vez na história, teve grande participação popular e garantiu a aprovação da proposta do SUS, elaborada pelo Movimento da Reforma Sanitária. O segundo foi a grande mobilização social que pressionou a Assembléia Constituinte a colocar na Constituição Federal a proposta defendida pelos movimentos sociais.

Assim, em 1988 o SUS ganhou base legal. Isso não quer dizer que ele foi implementado na íntegra, pois, como dissemos antes, a sua proposta enfrenta-se com interesses econômicos e ideológicos e, portanto, a conquista da base legal é apenas um passo da luta que continua até os dias de hoje para que o SUS seja efetivamente implementado.

### 1.2.1. Os princípios do SUS

Os princípios dos SUS estão definidos nos artigos 196 e 198 da Constituição. Vejamos o que nos dizem:

**Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Grifos nossos)

Podemos perceber que essa legislação define com clareza que o dever de garantir a saúde é do Estado – esfera federal, estadual e municipal – e, que garantia da saúde pressupunha não apenas atender os doentes, mas também reduzir o *risco de doenças*. Portanto, o conceito legal de saúde compreende ações de proteção, de promoção e da recuperação da saúde.

O artigo 198 detalha as diretrizes que devem ser seguidas na implementação das ações de saúde:

**Art. 198 -** As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralizado, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Participação da comunidade.

#### a) Descentralização

O significado da descentralização com direção única é de que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, que a rede de serviços de saúde deve ser organizada em espaços geográficos definidos – distrito, região – de modo a facilitar o acesso da população e garantir autonomia dos gestores da saúde. Isso quer dizer que a população deve ter acesso a todas as ações de saúde, independente do nível de complexidade, desde as orientações básicas até os exames mais complexos, ou então internações e cirurgias. Na prática, isso não significa dizer que cada local ou município deve ter todos os serviços, mas que esses locais ou municípios devem integrar uma rede que contemple todos os serviços. Ao mesmo tempo a legislação determina que as ações de saúde são de responsabilidade da União dos Estados e dos municípios. Isso é descentralização, ou seja, todos os níveis de governo têm responsabilidades.

#### b) Integralidade

A legislação também determina que o atendimento à saúde seja integral, significando que não há mais a fragmentação do atendimento ou da responsabilidade. Até a aprovação do SUS cada órgão tinha responsabilidade de parcela do atendimento. Estava dividido em “saúde coletiva”, ações em “saúde individual”, “ações curativas” e “ações preventivas”. Por exemplo, o INAPS cuidava da hospitalização e da assistência médica, o Ministério da Saúde era responsável pela saúde pública, a SUCAM cuidava do controle das endemias, a SESP da área de saneamento. Pelo princípio da integralidade o SUS compromete-se a oferecer todas as ações necessárias para que o usuário tenha boas condições de saúde, como a própria legislação determina com prioridade nas ações preventivas, sem prejuízo às ações médico-hospitalares. A lei nº 8080/90 no seu artigo 7º, parágrafo II, especifica bem o que é integralidade. Assim está escrito: “Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

### c) Universalidade

Já vimos que o artigo 196 da Constituição Federal determina que “Saúde é um direito de todos e dever do Estado”; a lei nº 8080/90, no seu artigo sete, parágrafo IV, determina: “Igualdade da assistência à saúde, sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie.”

Portanto, a universalidade significa que “todos os cidadãos têm o direito à saúde, independente de sua condição econômica, sua situação social, sua religião (...)”.

### d) Eqüidade

Eqüidade é diferente de igualdade. Todos os cidadãos têm direito à saúde, conforme estabelece o princípio da universalidade. Contudo, os cidadãos – compreendendo-os individualmente ou em grupo – não têm as mesmas necessidades. Logo, o sistema de saúde deve ser organizado de tal forma que atenda às necessidades específicas dos cidadãos.

Portanto, o princípio da eqüidade significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta às especificidades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população a ser atendida. Em outras palavras, deve tratar diferentemente os diferentes, oferecendo mais a quem precisa e, assim, procurando reduzir as desigualdades existentes.

### e) Controle social

O controle social é um dos elementos inovadores do SUS, na medida que determina que a população tem o direito de avaliar sua realidade da saúde, definir as prioridades das ações e acompanhar, fiscalizar as ações desenvolvidas pelos gestores. A legislação brasileira vigente garante um conjunto de mecanismos institucionalizados para a garantia do controle social. Vejamos:

Constituição Federal.

Art 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

II - participação da comunidade.

### Lei nº 8080/90

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

VIII - participação da comunidade.

### Lei nº 8142/90

Art.1º - O Sistema Único de Saúde – SUS – de que trata a lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas

I - A Conferência de saúde; e

II - O Conselho de saúde

O exercício do controle social é a democratização do conhecimento, estimulando a organização da sociedade para o efetivo exercício da democracia direta na gestão do Sistema Único de Saúde. É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle social de sua execução, em todos os níveis desde o federal até o local.

## Bibliografia

ARAÚJO, Maria José do Oliveira. Mortalidade materna: uma tragédia evitável. In: ROTANIA, Lejandra (Org.). *Bioética vida e morte feminina*. Rio de Janeiro: Rede Feminina de Saúde e Direito Reprodutivos, 2000.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes de. *Saúde e previdência: estudos de políticas sociais*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Desenvolvimento do Sistema Único de saúde no Brasil. Avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Agosto, 2002. (Mimeo.).

\_\_\_\_\_. Constituição Federal.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de Direitos Humanos. *O Brasil e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Relatório*

da *Sociedade Civil Sobre o Cumprimento, pelo Brasil, do Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais*. Brasília: Câmara dos deputados, 2000.

COHN, Amélia. A questão social no Brasil: a difícil construção da cidadania. In: MOTA, Carlos Guilherme (Org.). *Viagem incompleta: a experiência brasileira (1500-2000)*. São Paulo: SENAC, 2000.

DEMO, Pedro. Brincando de solidariedade: política social de primeira-dama. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e. *A comunidade solidária: o não enfrentamento da pobreza no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001.

GULHON, Maria V. Moreira. A pobreza e seu enfrentamento na era da globalização. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e. *A comunidade solidária: o não enfrentamento da pobreza no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001.

KUJAWA, Henrique; BOTH, Valdevir. O direito à saúde no Brasil à luz do PIDESC. In: *Contra informe da sociedade civil brasileira ao relatório do PIDESC apresentado pelo governo federal à ONU, 2002*. (Mimeo.).

MERCADANTE, Otávio A. (Org.). Evolução das políticas públicas e do sistema de saúde no Brasil. In: N. FINKELMAN, Jacobo (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MNDH. Sistema Nacional de Proteção dos Direitos Humanos. Brasília: MNDH, 2001.

MOTA, Ana Elisabete. Uma nova legitimidade para o serviço social de empresa. In: *Serviço social & sociedade*. São Paulo: Cortez, (26): 156-164, abr. 1988.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Campinas: UNICAMP, 2000. (Tese de Doutorado).

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. *Perfis de saúde no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

TRINDADE, Caçado. *Sistema Nacional de Proteção dos Direitos Humanos*. Brasília: MNDH, 2001.





---

## Capítulo 2

---

# Direito humano à saúde: notas sobre o conteúdo normativo

*Valdevir Both\**

---

### 2.1. Introdução

Uma vida feliz não existe sem uma vida saudável. Os próprios gregos já o sabiam, senão vejamos as palavras de Herophilus, 300 anos antes de Cristo: “quando falta a saúde, a sabedoria não se revela, a força não luta, a riqueza é inútil e a inteligência inaplicável” (c. 335 – c. 280 a. C.)<sup>1</sup>. Sem saúde, a vida perde o sentido.

Entretanto, se sabemos disso a mais de dois mil anos, parece difícil acreditar que em pleno século XXI ainda existam tantas pessoas no mundo e no Brasil às quais a saúde é negada, sobretudo por não disporem de condições econômicas para pagá-las. Mas essa comercialização da saúde não se choca com a dignidade humana? Não somos todos sujeitos do direito à saúde?

Este capítulo discute o tema da saúde sob a ótica atual dos direitos humanos, isto é, na perspectiva de reafirmá-la como direito humano de todos, exigindo do Estado e da sociedade esforços para que assim seja compreendida e efetivada. Para tal, vamos abordar questões gerais sobre os direitos humanos, buscando, a partir disso, elementos que nos ajudem a analisar e apresentar a normativa

---

\* Mestrando em Filosofia na Unisinos, educador popular no Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP – e coordenador do Regional Sul do Movimento Nacional de Direitos Humanos – MNDH.

<sup>1</sup> Disponível em: <[http://www.saudebrasilnet.com.br/aguilla\\_saude.swf](http://www.saudebrasilnet.com.br/aguilla_saude.swf)>. Acesso em: 09/12/2003.

nacional e internacional que reconhece a saúde como direito de todos. Por fim, apresentaremos alguns desafios do Estado e da Sociedade na ação pelo direito humano à saúde.

Espera-se que estas breves linhas contribuam para alimentar cada vez mais a luta pelo direito universal à saúde, tornando assim, cada vez mais feliz a vinda de todos os seres humanos.

## 2.2. Os direitos humanos como luta histórica

A idéia de direitos humanos não é uma *invenção* moderna ou, mais precisamente, contemporânea. Apesar de sabermos que foram nesses períodos, especialmente no século XX, que o conceito de direitos humanos se afirma, ganhando força histórica-política na sociedade. O que se quer dizer, e nisso já está contida certa concepção, é que os direitos humanos estão presentes nas lutas históricas de diferentes sociedades que constroem as mais diversas estratégias para a afirmação da dignidade humana. Os direitos humanos não nascem de idealizações de *mentes iluminadas*, mas são transpassados pela historicidade de mulheres e homens que buscam na sua construção e afirmação – direitos humanos – o *aperfeiçoamento* da consciência moral da humanidade. Percorrer a história da humanidade e encontrar nela as diversas lutas que construíram os direitos humanos historicamente é um exercício salutar para que possamos estabelecê-los para além de marcos estritamente jurídico-normativos e, sem desconsiderá-los, os radiquemos nos processos sociais e políticos.

A dignidade humana, como base dos direitos humanos, constitui-se na construção histórica da pessoa como sujeito social – individual e coletivo. Daí que, a tradução do conteúdo da dignidade se dá em processos históricos de luta para gerar condições concretas de satisfação de necessidades – que também são construções históricas. A igualdade básica – que constitui a todos como seres humanos – somente pode ser compreendida como diversidade básica, quando encarada na perspectiva da satisfação das necessidades materiais e espirituais – que se diferem entre os seres humanos. Satisfazer necessidades humanas é mais do que providenciar condições para sobrevivência, é providenciar condições para que a vida possa se reproduzir na diversidade e o mais amplamente possível. Daí que, a própria dignidade é construção histórica, na medida em que os seres

humanos são a construção histórica de suas necessidades e das condições para satisfazê-las, tendo que permanentemente buscar e estabelecer os arranjos sociais, políticos, econômicos e culturais que possam caminhar nessa direção – o que nem sempre ocorre, visto que, os arranjos não são construídos para tal.

Os direitos humanos exigem, dessa forma, a efetivação de condições – simbólicas e materiais – capazes de providenciar a reprodução da vida humana. A constituição dos arranjos e a efetivação dessas condições vêm sendo marcadas historicamente pelas lutas e confrontos. Por que motivo? Porque a vida tem sido negada a grande parte dos seres humanos como obra de uma pequena minoria que tem estabelecido o *direito* – e como direito – fazê-lo. Moura (1989, p. 18) afirma que os direitos humanos foram “arrancados – por assim dizer – dos detentores do poder, que sempre resistem à permissão de medidas que possam pelo menos ameaçar o gozo exclusivo de seus privilégios – a seu ver – perpétuos”.

Os liberais modernos, de forma original, abriram espaço para a efetivação dos direitos humanos como pressuposto ético-político da sociedade e particularmente do exercício do poder<sup>2</sup>. Para Locke (1983, p. 71), um dos grandes expoentes dessa posição: “sendo os homens, conforme acima dissemos, por natureza, todos livres, iguais e independentes, ninguém pode ser expulso de sua propriedade e submetido ao poder político de outrem sem dar consentimento.” Os direitos constituem-se, portanto, como bens individuais que se afirmam contra o arbítrio do estado. A preservação dos direitos é tarefa do estado, nunca sua constituição, visto que são anteriores a ele. Cabe-lhe reconhecê-los e providenciar os meios para que não sejam desrespeitados. Nada mais.<sup>3</sup> Realizá-los efetivamente é tarefa dos próprios indivíduos.

A crítica a essa concepção veio de duas vertentes, uma cristã, com a doutrina social da igreja, e outra, de esquerda, das posições socialistas. Ambas, mesmo tendo enfoques e perspectivas distintas, levantam o problema social como conteúdo central dos direitos. A perspectiva cristã afirma o solidarismo e a socialista o coletivismo. Em co-

---

<sup>2</sup> Apesar da dificuldade de consenso sobre sua classificação poderíamos dizer que os direitos civis são, entre outros, o direito ao reconhecimento e igualdade diante da lei; dos prisioneiros; a um julgamento justo; de ir e vir; à liberdade de opinião, pensamento e religião. Os direitos Políticos, entre outros, são os direitos de liberdade de reunião, liberdade de associação, à participação na vida política.

<sup>3</sup> Não dizemos aqui que a partir desse período todos efetivaram os direitos civis e políticos. Apenas, que nesse período planta-se um pensamento que se torna central para a luta dos direitos humanos, que é a própria idéia da dignidade para todos.

num ainda, a idéia de que direitos civis e políticos requerem condições concretas para sua efetivação, sem as quais não passam de formalidades. Sem elas, a liberdade fica restrita. Com isso, são trazidos à tona os direitos econômicos, sociais e culturais.<sup>4</sup>

Na primeira metade do século XX, as duas guerras mundiais levam a humanidade à consciência da necessidade de construir parâmetros internacionais de convivência pacífica entre as nações. Dessa consciência nasce a Organização das Nações Unidas – ONU – que, em sua carta fundacional já reconhece os direitos humanos como núcleo de convivência entre os estados, sendo coetânea a promulgação da Declaração Universal dos Direitos humanos (1948). Como documento fundador do reconhecimento universal por parte dos Estados da vigência de – todos os – direitos humanos, a declaração haverá de ser completada com atos internacionais com maior força vinculante. É nesse debate e na efetivação desses atos que se manifestará de forma aguda a situação internacional do período – marcado pela guerra fria –, resultando na cisão do conjunto dos direitos e no seu enunciado em dois Pactos Internacionais – ambos proclamados em 1966 –: um dos Direitos Civis e Políticos<sup>5</sup> – PDCP – e outro dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais<sup>6</sup> – PIDESC. Um desses, o PDCP, com a compreensão de que os direitos são de aplicação e efetividade imediata e outro, o PIDESC, como direitos de aplicação progressiva, mesmo que reconhecida a impossibilidade de retrocesso. Os primeiros centrados no indivíduo e com determinação de ação negativa do Estado; os segundos centrados na coletividade – mesmo que estabeleçam a titularidade no indivíduo – e de prestação positiva do Estado.

Essa concepção dicotômica dos direitos humanos marca a maior parte da trajetória dos direitos humanos. É na II Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993 – pós-queda do muro de Berlim – que a comunidade das nações dá um passo adiante e estabelece uma concepção mais integral e unitária de

---

4 É por este motivo, entre outros, que a OIT e o reconhecimento dos direitos dos trabalhadores resultam consagrados antes mesmo da ONU e dos direitos humanos como reconhecimento da comunidade internacional das nações.

5 O PDCP foi adotado pela ONU através da Resolução 2.200-A (XXI) da Assembléia Geral, em 16/12/1966. Em vigor desde 23/03/76. Ratificado pelo Brasil em 24/01/92. Conta com dois protocolos facultativos, um referindo-se ao pacto como um todo e outro destinado a abolir a pena de morte.

6 O PIDESC foi adotado pela ONU através da Resolução 2.200-A (XXI) da Assembléia Geral, em 16/12/1966. Em vigor desde 03/01/76. Ratificado pelo Brasil em 24/01/92. Há um projeto de protocolo facultativo que porém ainda não foi adotado pela ONU. ECOSOC. Documento E/C.12/1994/12.

direitos humanos, quando, por consenso aprova um programa de ação que estabelece um novo marco histórico nesse processo.

### 2.3. O sentido atual dos direitos humanos

A Conferência de Viena (1993) significou um avanço significativo na compreensão e na indicação de caminhos para a realização dos direitos humanos no mundo contemporâneo. Criou-se, então, a Declaração e Programa de Ação de Viena aprovada por unanimidade pelas delegações de mais de 150 países. Nesse sentido, constitui-se num marco fundamental. Entre os diversos aspectos que merecem destaque na formulação construída por Viena, destacamos três aspectos: a) a afirmação da universalidade, indivisibilidade e interdependência de todos os direitos humanos; b) a estreita relação entre direitos humanos, desenvolvimento e democracia; c) a centralidade da proteção dos grupos sociais vulneráveis.

Sobre o tema da universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos, há que se notar que o passo foi fundamental, sobretudo, para colocar em pé de igualdade os direitos econômicos, sociais e culturais em relação aos civis e políticos. No plano normativo, essa compreensão resultou num dos principais avanços. A Declaração e Programa de Ação de Viena assim se expressa sobre o tema:

Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis e interdependentes e estão relacionados entre si. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos de maneira global e de maneira justa e equitativa, em pé de igualdade e dando a todos o mesmo peso. Deve-se ter em conta a importância das particularidades nacionais e regionais assim como os diversos patrimônios históricos, culturais e religiosos, porém os Estados têm o dever, sejam quais forem seus sistemas políticos, econômicos e culturais, de promover e proteger todos os direitos humanos e as liberdades fundamentais<sup>7</sup>.

Sobre a estreita relação entre direitos humanos, desenvolvimento e democracia, o avanço foi, além do reconhecimento de que a democracia é politicamente a principal condição e ao mesmo tempo o espaço privilegiado para a realização dos direitos humanos, a afir-

<sup>7</sup> Declaração e Programa de Ação de Viena. Art. 5º. Tradução Livre nossa.

mação do desenvolvimento como direito humano e tendo nestes elemento nuclear para a realização daqueles. A Declaração e o Programa de Ação de Viena assim se expressam sobre o tema:

A democracia, o desenvolvimento e o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais são conceitos interdependentes que se reforçam mutuamente. A democracia baseia-se na vontade do povo, livremente expressa, para determinar seu regime político, econômico, social e cultural e em sua plena participação em todos os aspectos da vida. Nesse contexto, a promoção e proteção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais nos planos nacional e internacional devem ser universais e levadas a cabo de modo incondicional. A comunidade internacional deve apoiar o fortalecimento e a promoção da democracia, o desenvolvimento e o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais no mundo inteiro.<sup>8</sup> (...) A Conferência Mundial de Direitos Humanos reafirma o direito ao desenvolvimento nos termos proclamados na Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento, como direito universal e inalienável e como parte integrante dos direitos humanos fundamentais. Como diz tal declaração, a pessoa humana é o sujeito central do desenvolvimento. O desenvolvimento propicia o desfrute de todos os direitos humanos, porém a falta do desenvolvimento não pode ser invocada como justificção para limitar direitos humanos internacionalmente reconhecidos.<sup>9</sup> (...) O direito ao desenvolvimento deve ser realizado de maneira a satisfazer eqüitativamente as necessidades em matéria de desenvolvimento e meio ambiente das gerações atuais e futuras.<sup>10</sup>

Sobre a necessidade de proteção aos grupos sociais vulneráveis, também houve um passo significativo, pois Viena colocou a universalidade na mediação da realização concreta dos direitos humanos de sujeitos concretos, históricos. Ou seja, a realização universal de todos os direitos humanos para todos exige atenção concreta aos seres humanos concretos, na diversidade de sua situação, não para confirmar a desigualdade, mas para promover eqüidade garantindo a diversidade. A Declaração e o Programa de Ação de Viena, entre outras passagens, assim se expressa sobre o tema:

---

<sup>8</sup> Idem. Art. 8º. Tradução Livre nossa. Na Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento há a seguinte afirmação: "Todos os direitos humanos e as liberdades fundamentais são indivisíveis e interdependentes; deve dar-se igual atenção e urgente consideração à aplicação, promoção e proteção dos direitos civis, políticos, sociais e culturais" (§ 2 do artigo 6). "A promoção, o respeito e o desfrute de certos direitos humanos e liberdades fundamentais não podem justificar a denegação de outros direitos e liberdades fundamentais" (ONU. *Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento*. Aprovado em 1986, resolução 41-128, § 10 do preâmbulo).

<sup>9</sup> Idem. Art. 10. Tradução Livre nossa.

<sup>10</sup> Idem. Art. 11. Tradução Livre nossa.

Deve ser dada grande importância à promoção e proteção dos direitos humanos das pessoas pertencentes a grupos que passaram a ser vulneráveis (...). Os Estados têm a obrigação de adotar e manter medidas adequadas no plano nacional, em particular em matéria de educação, saúde e assistência social, para promover e proteger os direitos dos setores vulneráveis da população e assegurar a participação das pessoas pertencentes a estes setores na busca de uma solução para seus problemas.<sup>11</sup>

## 2.4. Conteúdo normativo do direito humano à saúde

Começamos a apresentação do conteúdo normativo do direito humano à saúde com a recuperação do conceito de saúde. Como todo conceito, também o de saúde é fruto do contexto histórico. Isso não significa, no entanto, que se possa abrir mão de construir e definir balizas nessa direção. Seguindo as trilhas de Moura (1989, p. 41): “as pessoas concordam que a saúde configura uma necessidade absolutamente vital para o indivíduo e a comunidade. Portanto, não se tolera que a saúde se converta em algo indefinível, em algo cujo conceito tenha sentido equívoco.” Sendo contextual e histórico, sua construção exige esforço múltiplo de todos os envolvidos com a saúde – estado, profissionais e comunidade em geral – para definir um conceito que vá ao encontro das necessidades humanas em determinado contexto. Enfrentar a questão da definição do conceito é, de alguma forma, explicitar condições concretas para sua exigibilidade. Não fazê-lo é confluir para a resistência dos que usam a indefinição como subterfúgio para a irrealização.

É no contexto da Revolução Industrial que a saúde começa a ser entendida para além do âmbito da responsabilidade individual. Daí emerge a idéia da responsabilidade coletiva e, sobretudo, do Estado. Primeiro preocupando-se com a saúde dos trabalhadores, que viviam em condições de vida muito precárias. Além da conscientização e sindicalização dos trabalhadores contribuir para tal, os próprios liberais burgueses exigiram que o Estado se compromettesse com a saúde dos trabalhadores. Fato que pode parecer contraditório. Sueli Dallari, procurando entender o fenômeno, assim o expressa:

---

<sup>11</sup> Idem. Art. 24. Tradução Livre nossa. (Cf. também, entre outros, os artigos 14 a 23 e 25).

O empresário não quer que o trabalhador falte, não quer perder o trabalho especializado. Também não quer ficar doente e por isso o trabalhador não pode ter epidemias que possam atingi-lo (...). O empresário não queria investir sozinho, pagar pela saúde do trabalhador, mas ele podia fazer com que o Estado pagasse pela saúde do trabalhador, pela manutenção da sua mão-de-obra.<sup>12</sup>

Tomamos como ponto de referência a definição dada pela Organização Mundial da Saúde – OMS – que, quando do seu surgimento, em 1946, definiu a saúde da seguinte forma: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doenças.”<sup>13</sup> Essa definição não tardou em ter as mais ferrenhas críticas.<sup>14</sup> De um lado, alguns críticos apontaram sua demasiada amplitude, que impediria sua tradução em ações concretas, reduzindo-se a um horizonte utópico inatingível. De outro, alegou-se sua limitação, pois, ao reduzir os anseios humanos ao bem estar físico, mental e social não estaria contemplando a complexidade da saúde, reduzindo a realidade. Segundo Dubos (1989, p. 44),

os seres humanos desejam naturalmente saúde e felicidade. Para alguns deles, ou para todos, essas palavras têm implicações que transcendem conceitos biológicos. O tipo de saúde que mais se deseja não é necessariamente um estado em que se experimente vigor físico e bem-estar [alusão à definição oficial], mas a capacidade de atingir objetivos predefinidos por cada ser humano.

Importante notar que o conceito formulado pela OMS se coloca num contexto onde o mercado da saúde vinha se afirmando, principalmente durante as duas grandes guerras, quando acontece a revolução industrial na saúde. Dizer que a saúde não pode se limitar apenas à ausência de moléstia significa que ela tem um caráter social e que não basta somente tratar da doença, mas que é necessário evitar o máximo possível que ela apareça. Além de tirar *clientes* do mercado da saúde, esse conceito vai ajudar a questionar profundamente o modelo de sociedade vigente em que grande parte da população se encontrava, e se encontra, sem as mínimas condições de vida. Traz à tona a importância da inter-relação dos diversos direitos. Talvez seja por isso que até os dias atuais gere polêmica – apesar de que já no

<sup>12</sup> DALLARI, Sueli. *Direito à saúde*. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/educar/redeedh/bib/dallari3.htm>>. Acesso em: 19/12/2003.

<sup>13</sup> Organização Mundial da Saúde. *Documentos básicos*. Genebra: OMS, 1976.

<sup>14</sup> Em 1957 a própria OMS reconhecia a dificuldade objetiva desse conceito.



século IV a. C. havia uma certa clareza da relação da saúde com as condições sociais. Wartburg (1979, p. 112) diz que: “Se acreditamos que os homens, como seres humanos, possuem direitos que lhe são próprios, então têm um direito absoluto a gozar de boa saúde na medida em que a sociedade, e somente ela, seja capaz de proporcioná-la”. E conclui que “seu exercício [direito à saúde] depende das condições em que se encontra a sociedade, pois, mesmo que o direito seja válido em todo momento e lugar, seu exercício está condicionado à situação em que se encontra a sociedade”.

Uma boa concepção de saúde deve, ao máximo, preservar a inter-relação entre os diversos fatores dela condicionantes e determinantes. Nessa perspectiva, consideramos o conceito adotado pela OMS como um grande avanço, mesmo concordando que precisa ser atualizado permanentemente. Sua herança permaneceu firme em grandes debates internacionais sobre o tema como na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde<sup>15</sup> que, além de reafirmar a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” selou a necessidade do mais alto índice de saúde “requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde”.<sup>16</sup> No Brasil, por pressão do movimento da Reforma Sanitária, esse conceito foi contemplado pela Constituição Federal e explicitado pela legislação ordinária. Embora historicamente ainda não seja nem hegemônico e muito menos realidade, chegar até ele foi um grande passo, ficando abertas as possibilidades de construção de alternativas para efetivá-lo.

O marco internacional no sentido de reconhecer a saúde como um direito humano está em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos<sup>17</sup>. Conforme a declaração, no artigo XXV:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

---

<sup>15</sup> A conferência aconteceu de 6 a 12 de setembro de setembro de 1978 na cidade de Alma-Ata, União Soviética. Foi promovida pela OMS e UNICEF. É considerada um dos eventos internacionais mais importantes sobre a Saúde.

<sup>16</sup> Declaração de Alma-Ata, art. 1.

<sup>17</sup> A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi aprovada em 10 de dezembro de 1948 pela Assembleia Geral das Nações Unidas – ONU.

Os relatos históricos dão conta de que o debate maior não foi em torno do entendimento da saúde ser ou não ser entendida como um direito humano, mas da sua adjetivação. Avaliou-se como insuficiente a redação de que a saúde seria um direito, em função da saúde ser definida por diferentes condicionantes do modelo de sociedade. Percebe-se claramente a herança e a repercussão recebida da Organização Mundial da Saúde.

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – PIDESC – dedica-se de forma mais incisiva, na esteira da declaração universal, ao tema. Entende que, diferente dos direitos civis e políticos, que teriam implementação imediata, os DESC teriam implementação progressiva – mesmo sem admitir retrocessos. Por trás dessa caracterização põe-se uma discussão muito atual sobre a justiciabilidade do direito humano à saúde.

Detalhando o artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o pacto traz em seu artigo 12 a seguinte redação:

1. Os estados-parte no presente pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.
2. As medidas que os estados-parte no presente pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
  - a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento são das crianças;
  - b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
  - c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
  - d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidades.

Trazendo presente novamente a importância da interdependência dos diferentes direitos humanos, é preciso entender os incisos *b* e *d* do artigo 7º, que trata do direito humano ao trabalho digno, como diretamente relacionados ao direito humano à saúde. Assim lê-se no referido artigo:

- Os estados-parte do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa ao gozo de condições de trabalho equitativas e satisfatórias que lhe assegure em especial:
- a) A segurança e a higiene no trabalho;

- b) O descanso, o desfrute do tempo livre, a limitação razoável das horas de trabalho e as férias periódicas remuneradas, assim como a remuneração dos feriados.

Embora seja o PIDESC que trate explicitamente do direito à saúde, o Pacto dos Direitos Civis e Políticos – PDPCP – contempla aspectos relacionados ao direito humano à saúde quando diz, em seu artigo 6º, que: “O direito à vida é inerente à pessoa humana. Esse direito é protegido pela lei. Ninguém poderá ser arbitrariamente privado da vida.” Na mesma lógica, o artigo 7º diz que “ninguém será submetido a tortura nem a penas e tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Em particular, ninguém será submetido, sem seu livre consentimento, a experimentos médicos e ou científicos”. Sem contar que ainda um conjunto de outros atos internacionais ocupam-se do assunto<sup>18</sup>.

Vita, (1994, p. 42) chamando a atenção para a necessidade de encontrar caminhos concretos para a realização dos direitos humanos sugere

um grande esforço de criatividade jurídica em cada um dos Estados e também por parte da comunidade internacional a fim de conseguir que esse grupo de direitos seja acompanhado de um sistema de garantias que não os deixe no mero campo declaratório.

Para além da controvérsia inaugurada com o advento de dois pactos, há interpretações no sentido de que o direito humano à saúde se enquadre como de direito individual e de imediata implementação. “Embora seja classificado como um direito coletivo e de aplicação progressiva, o bem estar físico, mental e social pode enquadrar-se também como um direito imediato e individual, já que se coaduna a ele o direito à vida” (MAIA & SOUZA, p. 10), que é o direito reconhecidamente mais elementar do ser humano.

Além do sistema ONU, existem três sistemas regionais que tratam dos diversos direitos humanos. Além do sistema interameri-

---

<sup>18</sup> Entre outros: Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial (Artigo 5º, inciso e-iv); 2- Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Artigos 10, h; 11, 2-e-f; 14, 2-b); Convenção sobre os Direitos da Criança (Artigos 24 ao 27); Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos e Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes; Declaração sobre o Progresso e o Desenvolvimento Social (Artigos 10, d; 11, a); Declaração dos Direitos dos Doentes Mentais (Artigo 2º); Declaração Universal sobre a Erradicação da fome e da Desnutrição (Artigo 2º); Declaração sobre a Utilização do Progresso Científico e Tecnológico em Benefício da Humanidade (Artigo 6); Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento (Artigo 8º); Declaração sobre os Direitos da Criança (Artigos 4º e 5º); Regras Mínimas para o Tratamento de Presos (Artigos 15, 22, 23, 24 e 25).

caso, do qual tratamos rapidamente, temos o sistema africano e europeu. A Declaração Americana de Direitos do Homem, documento fundacional do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, reconhece, em seu artigo IX que:

Toda pessoa tem direito de gozar de suas liberdades públicas e privadas por igual. A pessoa é igual em dignidade e direitos. Ela possui a mesma liberdade de expressão de opinião e de pensamento, de consciência e de religião, de educação, de cultura e de participação social. (Tradução livre nossa).

Em 1988 o Protocolo de San Salvador, em seu artigo 10, traz o seguinte conteúdo:

1. Toda pessoa tem direito à saúde entendida como o destino físico, mental e social.
  2. Com o objetivo de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados-parte comprometem-se a reconhecer a saúde como um bem público e culturalmente a adotar as seguintes medidas para garantir esse direito:
  - (a) A atenção primária à saúde, entendendo como tal a assistência sanitária essencial colocada ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade;
  - (b) A extensão de todos os benefícios dos serviços de saúde a todos os indivíduos submetidos à jurisdição do Estado;
  - (c) A total imunização contra as enfermidades infecciosas;
  - (d) A prevenção e tratamento das enfermidades endêmicas, profissionais e de outras indústrias;
  - (e) A educação da população sobre a prevenção e tratamento de problemas de saúde;
  - (f) A satisfação das necessidades de saúde de grupos em maior risco e de grupos vulneráveis e de outros grupos em maior risco.
- (Tradução livre nossa).

No plano nacional, o Brasil reconhece a saúde como direito humano fundamental a partir de 1988, no texto da Constituição Federal. As Constituições anteriores, quando tratavam de temas da saúde, o faziam, com

caráter de generalidade para o sistema de saúde, uma vez que não havia determinação de responsabilidades administrativas da saúde, sem esclarecer para os processos e os meios a serem atingidos pelo poder público competente. (MIAIA & SOUZA).

Por força da sociedade organizada, capitaneada pelo movimento da reforma sanitária, a Constituição de 1988 contemplou cinco artigos para a saúde. No artigo 196 estabelece que:

A saúde é um direito fundamental de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

É importante observar como o conceito da saúde da Constituição de 1988 contempla o acúmulo construído internacionalmente em torno dos direitos humanos, conforme descrevemos acima. Além de reconhecer a saúde como direito, com o qual o Estado tem a obrigação primeira, compreende a saúde como determinada, entre outros, pelos diversos fatores do meio em que a pessoa vive. A Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080, de 1990), deu funcionalidade ao texto constitucional. No artigo 3º dessa lei, a saúde é descrita tendo

como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

A Constituição de 1988 criou ainda o Sistema Único de Saúde – SUS – como meio de articulação das diversas ações da saúde e que seria o meio pelo qual todo cidadão tivesse acesso para garantia de seu direito humano à saúde. O artigo 198 da Constituição Federal determina que:

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

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Além de integrar o direito humano à saúde ao desenvolvimento – conforme é expresso no conceito de saúde –, o inciso III do artigo 198 da Constituição, referido acima, explicita também sua interação com a democracia. A participação da comunidade na proposição

ção e fiscalização da política pública da saúde é uma conquista fundamental do povo brasileiro. Segundo a lei nº 8.142 de 1990, em seu art. 1º, o SUS “contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I – a Conferência de Saúde; e II – o Conselho de Saúde”.

A implementação e funcionamento dessas instâncias nas três esferas de governo é considerada como condição *sine qua non* para que o Sistema Único de Saúde funcione e consiga responder ao direito humano à saúde. Embora o objetivo não seja fazer uma avaliação do SUS e do controle social, é importante frisar que a história da implementação do SUS tem mostrado que onde o controle social tem atuado de forma qualificada, a política de saúde tem mais transparência e mais resultados positivos. O que reforça a importância da interdependência dos direitos humanos e de sua estreita vinculação com o processo de democratização.

A justiciabilidade do direito humano à saúde foi garantida na medida em que foram criados instrumentos jurídicos de garantia em nível constitucional e mecanismos de coerção e sanção no caso desse direito ser violado. Destacam-se: o Mandado de Segurança (artigo 5º, inciso LXIX) e o Mandado de Injunção (artigo 5º, inciso LXXI). O órgão público do Estado responsável pela justiciabilidade do direito humano à saúde é o Ministério Público. A ele cabe, por força constitucional (artigo 127) a tarefa da “defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”. Para garantir assistência jurídica aos que não apresentarem condições para contratação de advogado, foi instituída a Defensoria Pública. Conforme a Constituição, art. 134: “a Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados”.

Do ponto de vista da normatividade do direito humano à saúde é possível dizer que, tanto no plano internacional, como nacional, construímos grandes avanços. Embora ainda tenhamos muito a caminhar para garantir a efetividade do reconhecimento e efetivação do direito humano à saúde<sup>19</sup>, mesmo assim há de se relevar esse importante acúmulo da humanidade e entendê-lo dentro de um processo. Expressões como as que dizem que *de nada adianta um con-*

<sup>19</sup> Sobre a efetivação do direito humano à saúde no Brasil, a quem interessar possa, indicamos o artigo *O Brasil e a garantia do direito humano à saúde* de Valdeir Both e Henrique Kujawa. In: MOSER, Cláudio; RECH, Daniel (Orgs.). *Direitos humanos no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Rio de Janeiro: CERIS/MAUAD, 2003, p. 180-198.

*junto de leis, tratados e pactos se na prática não se efetivam os direitos são comuns e corroboram com a idéia de que os direitos humanos estão no cenário da pura irrealização. É possível até entender essas afirmações como desabafos ou até dentro do cenário da crítica frente às dificuldades da concretude dos direitos humanos, entretanto, se concebemos os direitos humanos como uma construção histórica, há de se entender a normatividade como um passo importante dos povos e como um aliado estratégico na luta política.*

## 2.5. Ação no direito humano à saúde: papel do Estado e da Sociedade Civil

Não há dúvida alguma sobre a competência primeira da Comunidade Internacional e dos Estados Nacionais no que tange à tarefa de garantia dos direitos humanos. No entanto, como são construções históricas e, dado o avanço na organização e efetiva participação social, os agentes da sociedade civil têm exercido papel fundamental, seja como espaços de pressão para que os governos garantam os direitos, seja, especialmente, para gestar o que se poderia chamar de sempre *novos direitos* ou recolocar a demanda histórica e sempre atualizada dos *velhos direitos*.

A comunidade internacional e os estados nacionais têm o papel de garantir o desenvolvimento das condições para sua garantia, já que dotam cada ser humano, atual e futuro, com o poder legítimo de exigir o gozo das condições básicas de vida que lhe permita viver com dignidade. A Declaração e Programa de Ação de Viena diz que:

A Conferência Mundial de Direitos Humanos reafirma o solene compromisso de todos os Estados de cumprir suas obrigações de promover o respeito universal, assim como a observância e proteção de todos os direitos humanos e das liberdades fundamentais de todos, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, outros relativos aos direitos humanos e o direito internacional. O caráter universal desses direitos e liberdades não admite dúvidas. Nesse contexto, o fortalecimento da cooperação internacional na esfera dos direitos humanos é essencial para a plena realização dos propósitos das Nações Unidas. Os direitos humanos e as liberdades fundamentais são patrimônio inato de todos os seres humanos; sua promoção e proteção é responsabilidade primordial dos governos" (Parágrafo 1º. Tradução livre nossa)

Em suma, portanto, os Estados e a comunidade internacional têm obrigação de garantir os direitos humanos em geral e, entre eles, o direito humano à saúde.

No tocante à sociedade civil, a comunidade internacional reconhece explicitamente esse papel quando diz na Declaração e Programa de Ação de Viena que:

A Conferência Mundial de Direitos Humanos reconhece a importante função que cumprem as organizações não-governamentais na promoção de todos os direitos humanos e nas atividades humanitárias em nível nacional, regional e internacional. A Conferência aprecia a contribuição dessas organizações que acrescentam ao interesse público nas questões de direitos humanos, nas atividades de educação, capacitação e investigação nesse campo e a promoção e proteção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais. Apesar de reconhecer que a responsabilidade primordial pelo que diz respeito à adoção de normas corresponde aos Estados, a Conferência também aprecia a contribuição que as organizações não-governamentais aportam a esse processo. A esse respeito, a Conferência sublinha a importância de prosseguir o diálogo e a cooperação entre governos e organizações não-governamentais. As organizações não-governamentais e os membros dessas organizações que têm uma genuína participação na esfera dos direitos humanos devem desfrutar dos direitos e das liberdades reconhecidas na Declaração Universal dos Direitos Humanos e da proteção das leis nacionais. Esses direitos e liberdades não podem contrariar os propósitos e princípios das Nações Unidas. As organizações não-governamentais devem ser livres para realizar suas atividades de direitos humanos sem ingerências, no marco da legislação nacional e da declaração Universal dos Direitos Humanos (Parágrafo 38. Tradução livre nossa).

A sociedade civil, portanto, tem uma tarefa fundamental de, além de manter viva a consciência do direito humano à saúde na sociedade, organizar a cidadania no sentido de capacitá-la para exigir esse direito e de participar na construção de espaços públicos que ensejem a formulação e o controle social da política pública da saúde em vista de sua garantia. O grande desafio, ao nosso ver, é disseminar cada vez mais uma cultura voltada para a compreensão da saúde enquanto direito humano.



## 2.6. Considerações finais

Se hoje a humanidade reconhece a saúde como um direito humano, não foi nenhum presente dos deuses que num certo dia estavam inspirados e decidiram conceder benefícios aos humanos. Foi, e continua sendo, uma árdua construção histórica daqueles que acreditaram num dia melhorar as condições concretas de vida das pessoas. O reconhecimento e a efetivação dos direitos deve passar pela formulação de leis e políticas públicas capazes de dar-lhes concretude, isso também é tarefa histórica. Acreditamos que esse seja um dos maiores desafios no mundo contemporâneo. Fazer com que normatividade se torne satisfação de necessidade para grande parte da população.

Um dos fatores impositivos, senão o maior, é a afirmação do projeto de sociedade neoliberal que, além de violar os direitos civis e políticos de muitos<sup>20</sup>, sequer reconhece os direitos humanos econômicos, sociais e culturais. A crítica de Hayek, um dos maiores teóricos do neoliberalismo, à Declaração Universal dos Direitos Humanos, reconhecendo-a como fusão da tradição liberal com a marxista, diz que a sua realização é impossível pois “se baseiam na interpretação da sociedade como uma organização deliberadamente criada, da qual todos os homens seriam empregados” sendo assim, “eles [especialmente os direitos sociais] não poderiam ser tornados universais num sistema de normas de conduta justa baseada na idéia da responsabilidade individual”.<sup>21</sup>

Assim compreendida, a saúde se torna um grande negócio do mercado globalizado de grandes grupos econômicos que buscam conceituá-la como um serviço – discussão atual dentro da OMC – e não como um direito, fazendo com que cada um seja responsabilizado para garanti-la. Aos mais pobres, os que não têm condições de pagá-la, é reservada uma cesta básica de saúde. Maria Lúcia Frizon, ao fazer um estudo sobre a incidência do Banco Mundial na Política Pública da Saúde no Brasil a partir dos anos 1990, conclui que,

Parece que para alguns, é suficiente o mínimo, o menos sofisticado, o elementar, o primário, o comum, o geral ou o arcaico e, para os outros, os mais privilegiados, os que têm acesso à riqueza material e podem pagar

---

<sup>20</sup> Bobbio se pergunta como alguém pode ter direito à liberdade – direito civil e político – se não tem trabalho? Quem não tem acesso à educação e não está em condições de obter proteção suficiente em relação a um bem primário como a saúde? (Citado por BEDIN, Gilmar A. *Os direitos do homem e o neoliberalismo*. p. 112).

pelos serviços de saúde, esses poderão usufruir do avanço científico e tecnológico, da sofisticação, da qualificação, da especialização e do moderno. (2000, p. 243).

Na mesma linha, Bedim argumenta,

o neoliberalismo representa, seja como proposta teórica seja como experiência concreta, uma grande ameaça aos direitos do homem, em especial aos direitos econômicos e sociais, [onde se enquadra o direito à saúde] pois reivindica e conduz a uma concepção de direitos do homem típica do período histórico que chamamos pejorativamente de capitalismo neolítico. (1997, p. 107).

Disso se conclui, que a teoria liberal deu um grande passo na história no sentido de fazer da dignidade humana o pressuposto de seu projeto. Entretanto, a dignidade estava limitada aos direitos civis e políticos, insuficiente. Da experiência liberal podemos apreender, mas precisamos avançar. Avançar para uma ética de princípios e da equidade. Segundo Volnei Garrafa (2000, p. 1-2) esta ética

defende como moralmente justificável, entre outros aspectos: a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número possível de pessoas, inclusive em prejuízo de situações individuais, com exceções a serem discutidas (...) Assim, esta nova proposta exige uma aliança (...) com o lado historicamente mais frágil da sociedade.

Portanto, implica numa ética da solidariedade.

Isso significa luta e construção histórica. Nesse sentido, entender a saúde como um direito humano representa, hoje, um acúmulo ético-político com força de crítica e transformação do atual projeto de sociedade. Segundo Bobbio: “todos os problemas de nosso tempo podem ser resumidos a apenas um, qual seja o da luta pelo reconhecimento e pelo respeito aos direitos do homem” (1991 - Revista Isto É/Senhor)<sup>22</sup>. Na mesma linha, GARRAFA & OSELKA & DINIZ argumentam sobre a importância de usarmos o termo direito à saúde ao termo direito à assistência, entendendo que

situações como a de extrema pobreza impedem não apenas o cumprimento do direito social e histórico à assistência mas, principalmente, o

<sup>21</sup> HAYEK, apud BEDIM, Gilmar A. *Os direitos do Homem e o neoliberalismo*. Ijuí, UNIJUI, 1997, p. 106.

<sup>22</sup> Bobbio, apud BEDIM, Gilmar A. *Os direitos do Homem e o neoliberalismo*. Ijuí, UNIJUI, 1997. p. 106.

cumprimento do direito mais fundamental, que é o direito à vida, através de uma de suas exigências primárias, o direito à saúde<sup>23</sup>.

Nesse sentido, a luta pelo direito humano à saúde significa contribuirmos com a construção de uma sociedade mais justa e solidária, significa contribuirmos com a paz. É sugestivo citarmos aqui a passagem de Rudolf von Jhering:

a paz é o fim que o direito tem em vista, a luta é o meio de que se serve para o conseguir. Por muito tempo, pois, que o direito esteja ameaçado pelos ataques da injustiça – e assim acontecerá enquanto o mundo for mundo – nunca ele poderá subtrair-se à violência da luta. A vida do direito é uma luta: luta dos povos, do estado, das classes, dos indivíduos (1997, p. 1).

Façamos então, nossa luta pelo direito humano à saúde e em nome do direito humano à saúde.

## Bibliografia

BEDIM, Gilmar A. *Os direitos do homem e o neoliberalismo*. Ijuí: UNIJUÍ, 1997.

DALLARI, Sueli. *Direito à saúde*. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/educar/redeedh/bib/dallari3.htm>>. Acesso em: 19/12/2003.

DUBOS, René Jules. Mirage of health: utopies, progress and biological change, p. 85-92. In: MOURA, Demócrito O. *Saúde não se dá: conquista-se*. Apresentações de Guilherme Rodrigues da Silva e de José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitec, 1989.

GARRAFA, Volnei. Bioética fuerte – una perspectiva periférica a las teorías bioéticas tradicionales. Apud: GRANDA Edmundo. Salud: globalización de la vida y de la solidaridad. In: *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 83-101, set./dez. 2000.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Debora. *Saúde pública, bioética e equidade*. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio1v5/saudepub.html>>. Acesso em: 09/12/2003.

---

<sup>23</sup> GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Debora. *Saúde Pública, Bioética e Equidade*. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio1v5/saudepub.html>>. Acesso em: 09/12/2003.

IHERING, Rudolf Von. *A luta pelo direito*. Tradução de João Vasconcelos, 16. ed., Rio de Janeiro: Forense, 1997.

LOCKE, John. *Segundo tratado sobre o governo civil*. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MAIA, Marcela de Almeida; SOUZA, Romina de Nóbrega. *Direito à saúde*. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/oficinas/dhparaiba/5/saude.html>>. Acesso em: 19/12/2003.

MOURA, Demócrito O. *Saúde não se dá: conquista-se*. Apresentações de Guilherme Rodrigues da Silva e de José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitec, 1989.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Campinas: UNICAMP, 2000, (Tese de Doutorado).

VITA, Juan Alvarez. *El derecho a la salud como derecho humano*. Lima-Perú: Cultural Cuzco S.A., 1994. Tradução livre nossa.

WARTBURG, Walter P. A right to health? Aspects of constitutional law and administrative practice, in the right to health as a human right, Seminario celebrado en La Haya del 27 al 29 de junio de 1978, René-Jean Dupuy. Editor Alphen aan den Rijn. The Netherlands. Sijthoff and Noordhof, 1979. In: VITA, Juan Alvarez. *El derecho a la salud como derecho humano*. Lima-Perú: Cultural Cuzco S.A., 1994. Tradução livre nossa.

## Legislação

Constituição da República Federativa do Brasil.

Lei federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990

Lei federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem (1948).

Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948).

Declaração e Programa de Ação de Viena (1993).

Declaração de Alma-Ata (1976).

Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1996).

Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1996).

Protocolo de San Salvador (1988).

Organização Mundial da Saúde – Documentos Básicos – Genebra (1976).

## Capítulo 3

# Implementação do SUS: uma análise de sua trajetória

Nelci Terezinha Zorzi\*  
Rejane Roesler Mocinho\*\*

---

Gosto de ser homem, de ser gente, porque sei que minha passagem pelo mundo não é predeterminada, preestabelecida. Que o meu *destino* não é um dado mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir. Gosto de ser gente porque a História em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades e não de determinismo. Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele.

Paulo Freire, 1997.

### 3.1. Introdução

Analisar a trajetória das políticas de saúde no Brasil enquanto sujeitos sociais, não é tarefa fácil, principalmente quando se considera a literatura já existente sobre o assunto, escrita por autores já consagrados neste campo. Porém, o desafio aumenta a responsabilidade e o esforço.

---

\* Enfermeira, especialista em administração em serviços de enfermagem, especialista em enfermagem obstétrica, mestranda em assistência em enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professora de enfermagem na Universidade de Passo Fundo e Curso Técnico de Enfermagem da Fundação Universidade de Passo Fundo.

\*\* Enfermeira, mestre em assistência de enfermagem, especialista em saúde pública, professora de enfermagem da Universidade de Passo Fundo, coordenadora do Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde Passo Fundo.

A contextualização do Sistema Único de Saúde, na atualidade, exige uma breve incursão na trajetória das políticas de saúde no Brasil, especialmente com relação às décadas de 1970 e 1980, quando se intensificou o Movimento pela Reforma Sanitária.

No final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, o agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadearam o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório, dando início ao Movimento da Reforma Sanitária, que foi protagonizado por diversos personagens de formulações teóricas, de embates políticos e de experiências sociais positivas, tendo como campo de atuação as políticas de saúde brasileiras.

Na década de 1970 iniciou-se um movimento nacional antagônico à hegemonia da política de saúde vigente até então, constituído, inicialmente, por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Esse movimento, embora reprimido pela ditadura, conseguiu aos poucos influenciar com suas concepções, algumas parcelas da população, como as centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

Para o desenvolvimento dessas novas idéias, tiveram papel preponderante algumas universidades através da implantação de departamentos de medicina preventiva e social, cujos projetos especiais foram criando uma nova mentalidade voltada à integralidade das ações de saúde, aos serviços hierarquizados, à assistência integral e outras premissas. (CARVALHO, 1993 p. 9)

As propostas do Movimento da Reforma Sanitária dirigiam-se, basicamente, à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Para responder às demandas provenientes dos movimentos sociais emergentes, criava-se em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS – e que incorporava ao sistema previdenciário os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e outras categorias de trabalhadores. Nesse mesmo ano, foi lançado o Plano de Pronto Ação que permitiu o acesso à assistência médica em situações de emergência a qualquer pessoa, independente de seu vínculo previdenciário. De acordo com Stotz (1986, p. 79), “(...) o Plano de Pronto Ação foi um conjunto de medidas tomadas pelo INPS, na área

de assistência médica, que visava expandir rapidamente a capacidade instalada e a oferta de serviços médicos na área da previdência social”.

Em 1975 é criado o Sistema Nacional de Saúde através da lei nº 6.229, como resultado da V Conferência Nacional de Saúde. Essa lei segundo Bertolozzi e Greco (1996, p. 388), definia

(...) as responsabilidades das várias instituições, cabendo à Previdência Social a assistência individual e curativa enquanto que os cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde.

O Sistema Nacional de Saúde promovia um afastamento entre a assistência e as ações de saúde coletiva, fato esse agravado pelo fim do *milagre econômico*, cujos efeitos fizeram-se sentir no setor saúde através da crise no modelo de prestação dos serviços públicos e da previdência social privilegiando, porém, a produção privada dos serviços de saúde.

A partir de 1975, particularmente no eixo Rio-São Paulo, surgem movimentos organizados formados por profissionais de saúde como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES –, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO – em 1979, a Associação dos Médicos Sanitaristas, a Associação Paulista de Saúde Pública, que vieram a formar um conjunto de organizações lutando por um sistema de saúde mais justo e igualitário que, progressivamente, articularam-se a movimentos sociais.

Em 1977, na tentativa de promover uma reordenação no sistema de saúde, criava-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS – que enfatizava o modelo privatizante, mas ao mesmo tempo, promovia uma pequena abertura de espaços para que, mesmo que de forma incipiente, tivessem início as ações de atenção integral na rede pública, incluindo o planejamento e a participação popular na gestão do sistema.

Em 1978, a Conferência Internacional de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, República Socialista Soviética e promovida pela Organização Mundial da Saúde – OMS –, propõe em seu relatório final a priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde para todos os países estabelecendo, inclusive, um prazo para a implementação dessa proposta: até o ano 2000. No Brasil, essa determinação veio ao encontro das necessidades de expandir a atenção médica a partir de um modelo de baixo custo para as populações excluídas.

Numa visão hegemonicamente vinculada ao poder instituído desenvolvia-se, a partir desse momento, a proposta de uma atenção primária seletiva, com recursos insuficientes, destinada a populações marginalizadas e desarticulada de um sistema hierarquizado e resolutivo. De fato, essa proposta mostrava-se distante da proposta original de Alma-Ata, cujo objetivo era de promover uma atenção primária à saúde com garantias de eficiência, satisfação da clientela e, sobretudo, que promovesse impacto positivo sobre as condições de vida e de saúde. No entanto, a história nos conta que a proposta de atenção primária à saúde foi transformada em “atenção primitiva”, (TESTA, 1992 p. 160) pelas características que incorporou.

A década de 1980 caracterizou-se por uma séria crise econômica, que agravou-se após a falência do modelo econômico imposto pelo regime militar. As manifestações dessa crise faziam-se sentir, sobretudo, pelo descontrole inflacionário, dando origem a outras crises, como as de ordem estrutural, ideológica e político institucional, provocando a mobilização popular e sindical, o que acaba por reforçar os movimentos de oposição em busca de liberdade e democracia, representada pela luta para as eleições diretas para Presidente da República (CHIORO & SCAFF, s.d.).

No início de 1980, em consequência do acirramento da crise política, é realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, com a qual toma força a elaboração, por um grupo de técnicos representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, de um novo projeto denominado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREVSAÚDE.

O novo projeto tinha por objetivo universalizar os cuidados primários de saúde em todo o país, tendo como base as diretrizes da Organização Panamericana da Saúde – OPAS – e do movimento sanitário. Previa a universalização da atenção à saúde e outros princípios como a regionalização, hierarquização e integralização das ações, a participação popular e, ainda, a inclusão do setor privado no sistema.

Devido às suas propostas consideradas por muitos como progressistas esse projeto foi rejeitado e modificado severamente.

Uma das medidas propostas para controlar a crise financeira da Previdência Social e reorientar as proposições do PREVSAÚDE, foi a criação, em 1981, de uma instância reguladora, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP –, com a finalidade de racionalizar a prestação de serviços de assistência e



a utilização dos recursos financeiros e, ainda, de propor medidas de controle e avaliação do sistema.

O CONASP objetivou a integração das ações de saúde, porém desdobrou-se em vários projetos racionalizadores, sendo um deles, o Plano de Racionalização Ambulatorial, que levou, em 1983, à proposta das Ações Integradas de Saúde – AIS. (MENDES, 1996, p. 61).

O plano das AIS contemplava interesses municipais e estaduais, conferindo maior racionalidade aos serviços básicos do setor público através do estabelecimento de convênios com o Ministério da Previdência e Assistência Social e, a partir do final do regime autoritário, na Nova República, adquiriram um modelo estratégico que incluía a co-gestão, a desconcentração e a universalização da atenção à saúde.

Os referidos convênios, na verdade, reproduziram o princípio da produtividade – pagamento por produção – e tiveram uma lenta adesão por parte dos municípios devido à imposição de uma série de exigências do INAMPS.

As AIS deram origem às primeiras instâncias colegiadas ou Comissões Interinstitucionais (CIPLAN, CIS, CRIS, CIMS, CIL, nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local, respectivamente), que se constituíram nos embriões dos conselhos de saúde.

A partir de 1982 sanitaristas e técnicos comprometidos com o Movimento da Reforma Sanitária assumem o controle do MPAS e do INAMPS dando início a um processo de reformulações institucionais. A implementação desse projeto teve como base a descentralização das ações passando das AIS para a construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS.

Apesar de alguns avanços observados com relação aos gastos públicos com saúde, ao planejamento descentralizado, ao financiamento de ações preventivas e a participação social através das CIMS, o SUDS manteve o apoio aos grupos de alta tecnologia e a prática clientelista originária do sistema político.

Em março de 1986, acontece em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se transformou em um dos eventos político-sanitários nacionais mais importantes por seu caráter democrático, marcada pela presença de cerca de mil delegados que representavam os mais diversos segmentos da população desde usuários, trabalhadores da saúde e partidos políticos até os diferentes níveis de governo, as universidades e os parlamentares, além de cerca de quatro mil participantes.

As propostas afirmadas na VIII Conferência Nacional de Saúde resultaram na constituição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, cujo relatório final influenciaria de maneira decisiva os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte e a implantação do SUDS, que reflete parte das aspirações do Movimento da Reforma. A tônica desse movimento no período anterior e posterior a 1988 volta-se para a conquista das garantias à saúde na Constituição e na luta pela Lei Orgânica da Saúde. O SUDS representou mais uma reforma administrativa que não conseguiu transformar adequadamente o sistema nacional de saúde.

No período seguinte (1990) foi promulgada, com vinte e quatro vetos do então Presidente da República Fernando Collor, a lei nº 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde através da regulamentação dos artigos de nº 196 a 200, referentes à saúde garantidos na Constituição.

Os referidos vetos esvaziaram quase que totalmente a Lei Orgânica da Saúde, justamente nos aspectos referentes à garantia do respaldo financeiro e da participação popular, porém mantém-se a consagração de um ponto básico para a implementação do SUS: a autonomia municipal através da descentralização das decisões.

Nesse mesmo ano, as pressões da sociedade pelo resgate das garantias perdidas com os vetos da lei nº 8.080, possibilitam a aprovação e sanção de um novo Projeto de Lei, o de nº 8.142 que restituía a criação dos Conselhos e Conferências de Saúde e garantia os repasses financeiros regulares através dos Fundos de Saúde.

Mendes (1995, p. 42-43), a respeito do Movimento da Reforma Sanitária destaca que:

(...) a reforma sanitária coloca três aspectos fundamentais: primeiro um conceito abrangente de saúde, (...) segundo, erige a saúde como direito de cidadania e dever do estado e (...) terceiro como elemento de caráter estratégico, propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular.

A Constituição de 1988 incorporou expressivas conquistas quanto à garantia dos direitos sociais envolvendo conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde da reforma sanitária, dentre

eles destaca-se o conceito de saúde, formulado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, expresso na lei nº 8.080/90.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 22).

Oportuno se faz citar aqui a contribuição de Escorel (1995, p. 182), quando a autora considera que a saúde também é:

(...) uma explicitação das condições de *igualdade social* na medida em que é determinada por esse conjunto de direitos. A noção de direitos nos remete à definição de cidadania, compreendida não só pela existência formal de direitos civis, políticos e sociais, mas pela *possibilidade efetiva de exercê-los*. (grifos do autor).

Ao referenciar os elementos constitutivos do SUS, sua abrangência e complexidade, é importante destacar os princípios doutrinários ou éticos e os princípios organizativos que orientam a sua concepção, os quais encontram-se explicitados na lei nº 8.080 e que são sumarizados a seguir:

*Democratização da saúde* – constituída pela articulação da universalidade de acesso e da integralidade da atenção envolvendo ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação e pela descentralização administrativa, com gestor local e participação social no planejamento, controle e avaliação.

*Universalidade de cobertura e acesso* – tem por objetivo oferecer às populações o acesso amplo aos sistemas e serviços de saúde, em todos os níveis de assistência;

*Integralidade da atenção* – diretriz que preconiza um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;

*Igualdade da atenção à saúde* – determina a organização de ações e serviços dirigidos a promover e restabelecer a saúde, prevenir os agravos e reabilitar indivíduos e coletivos, sem quaisquer preconceitos ou privilégios, ao mesmo tempo em que produz discriminação positiva, quando necessário, com a finalidade de priorizar necessidades;

*Descentralização* – delega a responsabilidade de organizar e conduzir o sistema para o município, promovendo a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, com a participação organizativa e de recursos dos Estados e da União.

*Participação da comunidade* – fundamenta-se nos interesses sociais, no planejamento e na avaliação de ações e serviços de saúde, transferindo para a comunidade local o controle sobre as ações e serviços de saúde.

Esses princípios e diretrizes definem a organização de um sistema de saúde capaz de oferecer atenção integral, universal e equânime à população, articulado por meio de ações e serviços de saúde resolutivos, descentralizados e hierarquizados.

Pode-se verificar que essas conquistas inseridas na Carta Constitucional consolidaram um processo iniciado há muito tempo, fruto de pressões de movimentos populares e de entidades profissionais. Esses mesmos grupos necessitaram manter a mobilização para garantir o detalhamento e posterior implementação das garantias constitucionais confrontando-se com os interesses de grupos privados, antagônicos às propostas democratizantes.

Esse processo de reformulações do sistema de saúde segundo Misoczky (s.d.)

(...) expressa o fato de que a Reforma Sanitária Brasileira, enquanto política social, foi uma proposta surgida de um movimento da sociedade que, no bojo do processo de transição democrática, teve a capacidade de articular o conjunto de forças sociais interessadas na revisão dos princípios e da estrutura organizacional do sistema de saúde.

Com seu fundamento nessa base jurídica, no período seguinte, passam a ser editadas, em 1991, 1993 e 1996, as Normas Operacionais Básicas – NOB – que se constituíram em instrumentos jurídico institucionais editados periodicamente pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo foi disciplinar a aplicabilidade da Legislação do SUS nos municípios, Estados e União. Contudo, estas normas foram protagonistas de um processo de descentralização cuja função principal foi a devolução da prestação de serviços de atenção à saúde aos municípios, ao mesmo tempo em que promoveram uma recentralização do financiamento para a União sem a participação protagônica dos Estados, o que em um país grande e desigual, tende a apresentar sérios problemas relativos à equidade e eficiência do sistema. (MENDES, 1998).

Mais recentemente, a publicação da NOAS/SUS 01/01 retoma a priorização da Atenção Básica pelos gestores das três esferas de governo como fundamento da organização dos sistemas de saúde e do processo de regionalização, enfocando um conjunto de ações que devem ser oferecidas em todos os municípios do país. Pela nova proposta, a atenção básica, organizada de forma articulada a toda rede de serviços de saúde dos municípios, é peça indissociável de sua organização.

A NOAS determina as ações estratégicas mínimas de responsabilidade de cada esfera de governo, de forma negociada entre os atores políticos e institucionais por meio de instrumentos operacionais, na perspectiva de reafirmar o acesso da população aos níveis mais complexos do sistema, propiciar equidade na distribuição dos recursos e priorizar a integralidade do sistema. Ainda, essa normatização prevê o acompanhamento dos resultados dessas ações por meio da alimentação regular de informações que poderão ser disponibilizadas pelos bancos de dados nacionais.

Grosso modo, o que se pode concluir é que todas estas regulamentações jurídicas e reformulações institucionais representam reflexos de decisões políticas, fruto das relações de força entre estrutura estatal e sociedade. De qualquer modo, todo esse processo, com seus avanços e recuos, acordos e colisões, foi mudando a realidade política e institucional do SUS, particularmente com a ampliação e articulação dos municípios e a revisão dos papéis e poderes dos Estados e do próprio Ministério da Saúde.

### 3.2. Um olhar sobre a realidade contemporânea

Atualmente, o próprio Ministério da Saúde (2002, p. 3), ao realizar uma análise do sistema de saúde no Brasil admite que o SUS

(...) é um processo em construção, com base nos direitos de cidadania, não havendo condições, nem fundamentação válida que permita retrocesso. Essa construção implica na complexa e gradativa desconstrução/substituição do modelo anterior à Constituição de 1988, que não parte dos direitos da cidadania da população e permanece dependente dos interesses mercantis, corporativistas e de políticas públicas excludentes, modelo esse substituído legalmente, mas, na prática, só em parte, mantendo-se ainda hegemônico em vários aspectos fundamentais.

Nesse contexto, é possível avaliar que o SUS, a despeito de todas as dificuldades em sua concretização, denota uma grande conquista como política pública, cujos reflexos podem ser observados principalmente no direito ampliado à saúde para todos os cidadãos; na expansão da atenção básica em todos os municípios através da descentralização; na ampliação de programas para populações de risco – mulheres, crianças, pessoas com problemas crônicos –; na desospitalização da doença mental; na qualificação e ampliação das ações de saúde bucal, no incremento da cobertura vacinal; no controle de doenças como cólera, dengue, AIDS e outras; no acesso a procedimentos de alta complexidade como transplantes, cirurgias cardíacas, órteses, próteses; na distribuição de medicamentos; na regulação e controle sobre o meio ambiente – água, ar, lixo, esgoto –, sobre os locais de trabalho – instalações, instrumentos, máquinas e ferramentas –, sobre a produção, industrialização, preparo e comercialização dos alimentos, sobre os serviços de saúde públicos e privados, sobre o exercício profissional na saúde, sobre os medicamentos e produtos médico-hospitalares, domissanitários e de higiene e, ainda, sobre equipamentos de saúde, entre outros.

Além disso, o SUS assegura a participação da sociedade no planejamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde; estimula novas formas de gestão mais eficientes e eficazes; amplia a equipe de profissionais que realiza as ações e serviços de saúde; estabelece regras para o financiamento que deve ter participação das três esferas de governo; estende a relação dos serviços públicos com os privados; melhora a remuneração de profissionais de saúde no âmbito municipal; incorpora novos programas que expandem o acesso da população; promove a educação permanente dos profissionais de saúde qualificando o atendimento; mantém relação de proximidade com os órgãos formadores para melhorar o perfil dos profissionais da saúde, entre outros tantos avanços que poderiam ser aqui enunciados.

Contudo, muito ainda há que se investir na construção do SUS, pois o que se observa após sua legalização é que as maiores dificuldades se dão em virtude de que esse sistema que tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde esbarra em muitas resistências como o atual modelo econômico voltado para o lucro e não para as necessidades e a lógica perversa das políticas sociais que não tem sido priorizadas e, dentre elas,

destaca-se a saúde, fato esse que agrava ainda mais as desigualdades sociais.

Essas dificuldades traduzem uma preocupante realidade na qual grandes parcelas da população brasileira permanecem ainda sendo tratadas como cidadãos de segunda classe e, por vezes, os serviços de saúde a elas disponibilizados são escassos e de baixa resolutividade, persistindo um predomínio evidente e indiscutível das ações curativas, realizadas privilegiadamente no espaço hospitalar.

Nesse contexto, observa-se que o modelo de atenção à saúde predominante ainda apresenta limitações como as que serão citados a seguir, as quais dificultam sobremaneira a consolidação do SUS:

- As pressões corporativas empresariais e profissionais e as resistências políticas ao processo de implementação do SUS, traduzidas pelos recursos financeiros insuficientes e fracionados que incentivam o modelo de atenção antigo, centrado no médico e voltado para a doença.
- Existem ainda grandes restrições no acesso aos serviços, principalmente à atenção básica que, por sua ineficiência, causa sobrecarga para os serviços de maior complexidade gerando demandas que ficam reprimidas por falta de oferta.
- Em relação à alta complexidade, o setor privado concentra grande parte da produção de serviços com uma oferta mínima cuja qualidade é questionável. Em virtude do privilégio do setor privado em detrimento do investimento na estruturação de serviços públicos, os usuários transformam-se em reféns dos empresários desse setor, sendo muitas vezes obrigados a pagar pelos serviços, ou mesmo não conseguindo ter acesso.
- A fragilidade da intersetorialidade não permite uma organização das políticas públicas que incentivem sua inter-relação.
- Faltam recursos orçamentários, equipamentos, medicamentos, transporte, materiais, infra-estrutura, recursos humanos e, em especial, recursos qualificados.
- A formação dos profissionais, em boa parte das Universidades brasileiras ainda se volta para o mercado privado. A maioria

dos órgãos formadores não estão suficientemente orientados para o atendimento da população usuária do SUS não cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o sistema e com o controle social, gerando deficiência técnica e ética desses profissionais. Falta humanização e o resgate de valores mínimos como o respeito à dignidade humana.

- A falta de uma política de recursos humanos, a baixa remuneração e a precarização nas relações de trabalho não permitem que profissionais qualificados permaneçam nos serviços, gerando uma rotatividade excessiva o que incentiva a falta de vínculo com os usuários, a desumanização e a baixa qualidade dos serviços.
- A gestão do sistema é ineficiente, permitindo que as decisões e ações, muitas vezes, estejam vinculadas a interesses políticos, o que dificulta o controle da sociedade através dos conselhos.
- Os conselhos de saúde, criados por lei para participar da gestão, passam por muitas dificuldades como a falta de estrutura e a precária capacitação dos conselheiros a fim de assumirem seu papel fiscalizador do sistema; os instrumentos que asseguram a autonomia destes órgãos colegiados frente ao gestor são insuficientes gerando dependência, concentração e abuso de poder; existem muitos conselhos cartoriais, atrelados ao gestor, com vícios na representação dos diversos segmentos; observam-se irregularidades nas composições de muitos conselhos, gerando desarticulação desses com a sociedade e com outros conselhos; há descontinuidade na representação por ocasião da mudança de gestores e conselheiros; a falta de representatividade dos conselheiros não estimula a participação dos demais membros das entidades e, ainda, apesar de todos os avanços relativos ao controle social, o desconhecimento de conselheiros, gestores, profissionais e prestadores de serviços privados sobre o SUS e sobre as formas e mecanismos de exercício do controle social tornam a implementação desse sistema um processo lento.
- Com relação ao modelo de atenção à saúde, existe uma prevalência do assistencialismo e da fragmentação, incapazes de atender às necessidades da população. Na sua grande maioria, os municípios ainda praticam o antigo modelo, centrado na



figura do médico e mais voltado para a doença, gerando a crença de que a única forma de resolver os problemas de saúde é tratar a doença. Tais modelos não têm apontado resultados positivos às necessidades de saúde da população por não atenderem ao princípio da equidade, são modelos curativos, operados por trabalhadores que não estão preparados para atuarem com o necessário respeito aos direitos do usuário e, a não ser com algumas exceções, não atendem adequadamente a resolução dos atuais problemas de saúde.

### 3.3. Considerações finais

“Nas duas últimas décadas, empenhamo-nos muito mais na mudança do aparelho legal e da estrutura político-administrativa, esquecendo-nos das pessoas concretas que operariam e usufruiriam dessa máquina que criávamos.” (CAMPOS, 1997 p. 33).

A afirmação de Gastão Wagner de Souza Campos expressa em poucas palavras o que tentamos trazer para discussão nesse texto. Essa reflexão nos leva à compreensão de que qualquer mudança no sentido de trazer para a prática o SUS, já pensado e discutido por muitos atores comprometidos com sua construção, não se concretizará a menos que o investimento maciço agora esteja voltado para as pessoas que produzem e sofrem as instituições, os serviços, as ações, em fim o SUS, já que o desenho do sistema deve resultar não só dos instrumentos normativos já criados, mas também do ensaio e reflexão dos atores que participam de sua construção, enriquecendo e aperfeiçoando as complexas relações estabelecidas. O fortalecimento do aspecto legal, sem dúvida foi um fato importante, diríamos que foi fundamental, porém falta agora fazer cumprir a lei nº 77.

Em virtude de que a única razão para a concepção e desenvolvimento do SUS é a responsabilidade de intervir com eficácia na elevação dos indicadores de saúde da população, acreditamos que os maiores desafios em relação ao alcance desse objetivo estejam ligados à estruturação do modelo de atenção à saúde que subordine os conceitos e programas da assistência médica individual aos princípios referentes aos interesses coletivos e de direitos de cidadania e sua dependência dos atores sociais que participam da construção desse

processo. A construção desse modelo envolve a compreensão dos sujeitos, das práticas de saúde e das relações que se constituem nesse processo, especialmente as correlações de poder entre os vários atores, o emprego das tecnologias e a gestão do sistema e dos processos de trabalho. A proposta é a de que a atenção à saúde seja pensada a partir da atenção às pessoas e não a partir das doenças, considerando-se os seus contextos familiares, sociais, culturais e econômicos e do desenvolvimento de estratégias que promovam um meio ambiente, familiar, individual e de trabalho saudáveis. Precisa estar orientado, portanto, por uma prática integral em saúde, articulando a prevenção, as ações de promoção e de educação para a saúde com as ações curativas e de reabilitação.

O enfrentamento dessa situação tão complexa exige ações de caráter intersetorial e a mobilização da sociedade como um todo, sem eximir a responsabilidade dos órgãos específicos da área, dos trabalhadores de saúde e das organizações sociais.

Sendo assim, pensamos que o fortalecimento do controle social é o principal recurso pelo qual passa toda mudança e fortalecer o controle social significa a produção de sujeitos sociais capazes de olhar criticamente a realidade e, criativamente, experimentar mudanças profundas em suas estruturas. Entenda-se aqui o controle social pensado a partir do olhar de quem invariavelmente e que, de alguma forma, utiliza esse sistema, de quem em um dado momento é profissional ou gestor ou prestador de serviço, mas que em outro momento passa para uma outra posição, sempre se deslocando ao lugar de usuário. Temos que olhar o SUS, como diz Gilson Carvalho, com o olhar de “cidadão dono” que muda de “lugar”, e mesmo assim continua sendo o contribuinte, não importa a posição que esteja ocupando “temporariamente”. O SUS é financiado por nós, cidadãos, portanto é nosso e seria coerente assumirmos a responsabilidade por administrar, utilizar, fiscalizar, gerir e cuidar aquilo que nos pertence.

Finalizando, não se teve a pretensão de apresentar uma receita para todos os problemas discutidos neste capítulo, até por que as realidades são múltiplas e os arranjos institucionais apresentam uma imensa variedade. Porém pensa-se que o caminho apontado pode ter diversas possibilidades, dependendo da criatividade dos que estejam profundamente comprometidos com o SUS, sem esquecer que as instituições e suas estruturas são pensadas e operadas por sujeitos que, em um dado momento, mudam de lugar.

## Referências

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 30, n. 3, p. 380-98, dez.: 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes*, CNS – Agosto/2002.

CAMPOS, G. W. de S., Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO L. C. de O. (Org), *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CARVALHO, G. C. M. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. In: *Saúde e Sociedade*, v. 2, n.º 1, Faculdade de Saúde Pública da USP – Associação Paulista de Saúde Pública, São Paulo: 1993.

CHIORO, A. & SCAFF, A. *A implantação do Sistema Único de Saúde*. Disponível em: <<http://www.consaude.com.br/sus.htm>>. Acesso em 29/06/2000.

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.), *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

MENDES, E. V. et al. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.

\_\_\_\_\_. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

\_\_\_\_\_. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

MISOCZKY, M. C. *A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica das relações entre as esferas de governo da Federação*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pdgs/opas.htm>>. Acesso em 25/09/2003.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Conselho estadual de Saúde. *SUS é legal: legislação federal e estadual*. Porto Alegre, 2000.

TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

## **Parte II**

# **O SUS em Passo Fundo**



---

## Capítulo 4

---

# Da CIMS ao SUS: análise da atuação da CIMS na construção da proposta do SUS em Passo Fundo

*Alberi Nascimento Grando\**

---

### 4.1. Introdução

Para um melhor entendimento do papel da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS –, na construção do Sistema Único de Saúde – SUS –, é necessário fazer um breve relato histórico da política sanitária no Brasil e em Passo Fundo, até então.

### 4.2. A saúde pública no Brasil

Em 1923 é instituído pelo governo federal o Departamento Nacional de Saúde Pública, definindo que saúde é uma questão nacional, portanto, a ser tratada pela esfera federal, aí, está o início do centralismo na gestão da saúde no Brasil.

Em 1930 cria-se o Ministério da Educação e Saúde, isto é, educação e saúde são administrados por um mesmo órgão do governo federal. Logo depois, em 1934, a saúde é separada da educação, surgin-

---

\* Médico pela Universidade Católica de Pelotas, sanitarista pela Universidade de Passo Fundo, auditor médico pela Universidade de Ribeirão Preto, secretário de saúde de Santa Bárbara do Sul de 1985 a 1988, secretário municipal da saúde, assistência social e meio ambiente de Passo Fundo de 1989 a 1992, presidente da ASSEDISA de 1991 a 1992 e delegado da 6ª Regional da Saúde de 1993 a 1994.

do o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, ficando as questões sanitárias ligadas à assistência social.

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde. Mesmo com a criação de um ministério próprio, os planos de atendimento à saúde continuaram ligados à Previdência Social, portanto, no governo central. O Ministério da Saúde, desde aí, com poucas dotações orçamentárias, tinha uma função muito mais burocrática e cartorial, realizando algumas ações sanitárias concebidas e coordenadas pelo governo federal mais com a idéia de favorecer o desenvolvimento econômico do país e menos com a de promover saúde.

Por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde convocada no governo de João Goulart pelo decreto 52.301 de 24 de julho de 1963 e realizada de 9 a 14 de dezembro de 1963, coordenada pelo Ministro da Saúde Wilson Fadul, o centralismo foi denunciado e contestado, exigiu-se, assim, uma reforma sanitária, definindo, entre outras coisas, que a municipalização dos serviços de saúde seria a melhor fórmula para um sistema único nacional de saúde.

Na verdade, nessa época, existiam três sistemas de saúde pública: a assistência ofertada pela Previdência Social, centralizada no governo federal; a assistência ligada aos governos estaduais, através de postos de saúde espalhados nos diversos municípios e um terceiro sistema, municipal, em alguns poucos municípios, com um incipiente atendimento, geralmente apenas médico. Não havia interligação entre esses sistemas e nem um deles atendia às necessidades reais da população.

A partir de 1964, na vigência do governo militar, o centralismo aumentou e a saúde ficou ainda mais ligada à Previdência Social, com a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS –, unificando todos os institutos existentes até então. Em consequência, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS –, com a função de prestar assistência médica aos previdenciários, isto é, aos cidadãos que contribuía com determinado valor para a Previdência. Os demais brasileiros, aqueles que não contribuía com esse *desconto*, eram assistidos pelo governo estadual, normalmente, nos ditos postos de saúde ou mesmo, em poucos casos, pelos postos municipais de saúde.

Na década de 1980 a Previdência já apresentava déficit financeiro, por isto, em 1983, surge a idéia de reorganização da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social, propondo-se uma unificação e descentralização do atendimento, com o objetivo de corrigir esse déficit. O Conselho de Administração de Saúde Previden-

ciária – CONASP –, órgão colegiado instituído pelo decreto federal nº 86.329, de 2 de setembro de 1981, sugeriu mudanças na política de saúde, com o objetivo de buscar medidas para sanar a crise financeira da Previdência Social. O objetivo, portanto, não era exatamente o de promover uma descentralização, criar um sistema único e prestar atendimento à saúde, mas sim o de melhor administrar os recursos da Previdência Social.

A estratégia básica do plano CONASP foi a de implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS. A proposta era de firmar convênios entre as três esferas de governo, no sentido de planejar, acompanhar e executar a assistência à saúde. A idéia era de que um gerenciamento local poderia ser mais eficiente diminuindo as despesas da Previdência Social no atendimento à saúde. E o órgão de gerenciamento local, em cada município, passou a se chamar Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS.

Em 1986 aconteceu, em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde que, sem dúvidas, foi um marco divisor entre o que acontecia e o que iria acontecer dali em diante em termos de saúde pública no Brasil. Essa conferência reuniu mais de quatro mil delegados em Brasília, de 17 a 21 de março, representando não apenas os gestores federais, estaduais e municipais, mas também os prestadores de serviços, profissionais da saúde e organizações comunitárias. A proposta era, como a da III Conferência, de realizar uma reforma sanitária, mudando desde o conceito de saúde até o tipo de assistência ofertada à população, criando de fato um sistema descentralizado e único de saúde. A grande estratégia era a municipalização do gerenciamento da saúde. Os municípios teriam papel fundamental, não só no planejamento, mas principalmente na execução dos serviços de saúde, contando com a participação da comunidade organizada. Era uma proposta de descentralização do mando e dos recursos, pois, até então, o mando e a grande maioria dos recursos eram comandados pelo governo federal através do Ministério da Previdência Social.

Em 1987, pelo decreto federal nº 94.657 do governo José Sarney, cria-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS – com o objetivo de viabilizar e consolidar as AIS. Era um convênio firmado pelo Ministério da Previdência, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Ministério do Trabalho e pelos governos estaduais e municipais. Na cláusula 6ª desse convênio que trata do acompanhamento, controle e avaliação do SUDS, diz que

os órgãos colegiados são: no plano federal, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – CIPLA; no plano estadual, a Comissão Interministerial de Saúde – CIS –, ou o Conselho Estadual de Saúde – CES –, quando este vier a ser instalado; no plano municipal, a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS –, ou o Conselho Municipal de Saúde – CMS –, quando este vier a ser instalado, assegurada a plena participação das comunidades locais, através de seus representantes nas instâncias colegiadas.

Em 1988 é promulgada uma nova Constituição Federal. No capítulo II, seção II, que trata da saúde, no artigo 198, entre outros postulados, foi aprovado que as ações e serviços públicos de saúde, constituídos em um sistema único, deveriam ser organizados com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Era o Sistema Único de Saúde.

Em 1990 o Congresso Nacional regulamentou a Seção Saúde da Constituição Federal, com a aprovação da Lei Orgânica do SUS. Na verdade, a Lei Orgânica da Saúde, são duas leis, a de nº 8.080 e a de nº 8.142. Isso porque a lei nº 8.080, aprovada em 19 setembro de 1990, foi sancionada com veto a vários artigos, pelo governo Collor de Melo, principalmente no que tratava da participação comunitária e do repasse de recursos, vetos esses que viriam a ser, em 28 dezembro do mesmo ano, regulamentados através da lei nº 8.142. A lei nº 8.080 regula as ações e os serviços de saúde e a lei nº 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Em 27 de julho de 1993, através da lei federal nº 8.689, é extinto o INAMPS.

#### 4.2.1. A saúde pública em Passo Fundo

Foi em 1915 que Passo Fundo iniciou o atendimento público na saúde. Nesse ano surge o Serviço Médico Municipal e, desde 1939, o Posto de Higiene de Passo Fundo gerenciados pelo governo municipal. Também existiam o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e Urgência – SAMDU – mantido pelos institutos de previdência, portanto, pelo governo federal, desde 1949, e o Centro de Saúde, construído pelo governo estadual em 1958.

Em 1967 instala-se em Passo Fundo a 6ª Delegacia Regional de Saúde, órgão estadual de coordenação da saúde em nível regional.



Existiam alguns postos de saúde com assistência médica e odontológica, com profissionais e administração vinculados ao Estado.

Em 1985, 28 de setembro, foi fundada a CIMS de Passo Fundo após uma reunião com representante do INAMPS de Porto Alegre.

Em 1985, 12 de dezembro, pela lei municipal nº 2.208, criou-se a Secretaria Municipal de Saúde, Assistência Social e Meio Ambiente, no governo de Fernando Carrion, sendo primeiro secretário o médico Paulo Lamaison dos Santos. Criam-se alguns ambulatorios com profissionais e gerenciamento do município.

Em 1991, 25 a 27 de abril de 1991, pelo decreto municipal nº 52 do Prefeito Airton Lângaro Dipp, aconteceu a I Conferência Municipal da Saúde, já atendendo o dispositivo da Lei Orgânica do SUS.

Em 1991, 3 a 5 de outubro, pelo decreto estadual nº 34.017 do Governo Alceu de Deus Collares, aconteceu em Passo Fundo a I Conferência Estadual de Saúde, coordenada pelo secretário municipal Alberi Nascimento Grandó.

Em 17 de dezembro de 1992 a lei nº 2.840 criou o Conselho Municipal da Saúde, lei essa sancionada pelo Prefeito Carlos Armandó Salton, sendo secretário da saúde o médico Alberi Nascimento Grandó. Essa lei foi modificada pela lei nº 2.852/93 no Governo de Osvaldo Gomes, que deu redação ao artigo 4º, que tratava das entidades componentes do conselho, que havia recebido veto pelo executivo anterior, já que não atendia dispositivos da lei federal nº 8.142/90.

No dia 23 de dezembro de 1992 foi aprovada a lei municipal nº 2.815 criadora do Fundo Municipal da Saúde com a finalidade de administrar os recursos destinados a política de saúde do município, de acordo com a lei federal nº 8.142/90.

Em 1995 o governo de Osvaldo Gomes propõe e aprova a lei nº 3.005, dando nova redação ao artigo 5º da lei nº 2.840. Foi substituída a palavra “elaborar” por “participar na elaboração”, a palavra “estabelecer diretrizes” por “participar no estabelecimento de diretrizes”, além de outras substituições no mesmo sentido. Em resumo, essa nova redação diminuiu substancialmente o poder do Conselho Municipal da Saúde que deixa de ter exclusividade na elaboração e estabelecimento das diretrizes na saúde.

#### 4.2.2. A CIMS em Passo Fundo

Em Passo Fundo a CIMS contou, desde o início, com a participação de importantes agentes da comunidade, desde os membros natos, Universidade de Passo Fundo, representando o Ministério da Educação e Cultura; INAMPS, representando o Ministério da Previdência Social; Centro de Saúde, representando o Governo do Estado e a Prefeitura Municipal, como também com várias entidades comunitárias.

A ata de fundação da CIMS de Passo Fundo registra a data de 28 de setembro de 1985. Nessa data, com a presença do padre Alcides Elídio Guareschi, reitor da Universidade de Passo Fundo; do médico Julmar Biancini, chefe do Serviço de Medicina Social do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social de Passo Fundo e do médico Cyro Nácul, chefe do Centro de Saúde, além de outros convidados, aconteceu, no salão de atos da Faculdade de Direito, um seminário com a presença da enfermeira Terezinha Ruschel, do Setor de Planejamento do INAMPS de Porto Alegre.

Ali foram apresentados e discutidos os objetivos da futura CIMS, com propostas de viabilizar as Ações Integradas de Saúde. Ficou claro que a comissão era a instância local de planejamento e gestão das AIS, de acordo com a proposta da nova política sanitária. Nessa reunião foi constituída a primeira Secretaria Técnica.<sup>1</sup> Essa secretaria deveria conduzir os trabalhos até a eleição do núcleo de coordenação, que seria o órgão diretivo máximo da CIMS.

Em 16 de dezembro de 1985, em reunião no Campus II da UPF, agora contando também com a presença de Carlos Antonio Madalosso, diretor da Faculdade de Medicina, José Xavier Barreto, diretor de assistência social do INAMPS; Cyro Ferreira dos Santos, administrador do Pronto Socorro da UPF e Suzana Goldschmidt, enfermeira da Delegacia Regional de Saúde. Após várias manifestações, todos concordaram em se empenhar no sentido de agilizar o funcionamento da CIMS e que havia a necessidade de se elaborar o regimento interno da nova instituição.

No dia 7 de janeiro de 1986, em reunião na sala 205 do Campus da UPF, o representante da Secretaria Técnica, Gilboé Lângaro

---

<sup>1</sup> Elaine Ferrão, Gilboé Lângaro Mendes, Itiberê Braga, Joel Rosso, Raul Antonio Mozzato, Sandra Malheiros Mendonça e Valter Roque Follé.

Mendes, apresenta um projeto de regimento interno para a CIMS de Passo Fundo, que é aprovado pelos presentes.

Até então, outros participantes se juntaram aos que participavam das reuniões, representando várias entidades interessadas na formação da CIMS.<sup>2</sup>

Finalmente, em 25 de março de 1986, foi eleita a primeira diretoria do Núcleo de Coordenação da CIMS de Passo Fundo, que assim ficou constituída: presidente, Dr. Gilboé Lângaro Mendes, representante da UPF; vice-presidente, Hélio Possamai, representante do Centro de Saúde; primeira secretária, Mara Regina Tagliari Calliari, representante da Secretaria Municipal da Saúde; segundo secretário, Raul Antonio Mozzato, representante do INAMPS.

### 4.3. Principais assuntos debatidos nas reuniões da CIMS, a partir de março de 1986

Em 22 de abril de 1986 a CIMS promoveu um painel sobre a VIII Conferência Nacional de Saúde, que havia ocorrido de 17 a 21 de março, em Brasília.<sup>3</sup> Entre os muitos assuntos apresentados, foram discutidas as propostas apresentadas na conferência: necessidade de uma reforma sanitária, destinação de dez por cento do orçamento fiscal para a saúde, concurso público e dedicação exclusiva para os profissionais da saúde, criação de um único sistema para a saúde, municipalização dos serviços de saúde e gerenciamento dos recursos financeiros da saúde pela CIMS.

Interessante que, um mês após a conferência, um marco das mudanças das diretrizes de saúde para o país, a CIMS de Passo Fundo já discutia e opinava sobre o assunto. Mérito e competência dos dirigentes da comissão e daqueles que foram à conferência e logo prestaram contas. A partir dessas discussões, e muitas outras pelo Brasil a fora, é que a sociedade organizada conseguiu

---

<sup>2</sup> Alcebiades Rüntzel, Clari Giroto, Dolores Fonseca, Denise Colossi, Edson Armando de Franco Nunes, Eleonor Moretti, Hélio Possamai, Heloísa Almeida, Ilário Jandir de Davi, Isabel Goretti, Iseu Rodrigues, Izair Sachet, João Carlos Ignaczak, João Manoel Camargo Filho, Lusana Chiodelli, Mara Regina Tagliari Calliari, Maria Joanna Sebben, Marilene Jacques, Mário Piccinini, Olmiro Almeida, Paulo Revoredo Camargo, Paulo César Rigo, Renato Tadeu dos Santos, Rosemar Stefanon, Rovílio Sevierio, Senair Alberto Ambrós, Terezinha Piccinini, e Zenóbio Terto Magalhães.

<sup>3</sup> Foram painelistas os médicos Júlio Cezar Canfield Teixeira, Paulo Lamaison Santos e Zenóbio Terto Magalhães.

opinar, sendo isso decisivo na formulação da Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 1990. Podemos afirmar, por isso, que Passo Fundo também participou na elaboração dessa Lei Orgânica.

Em 24 de junho de 1986 aconteceu uma reunião muito importante da CIMS de Passo Fundo, não só pelos assuntos tratados, mas também pelo número de participantes, 36 entidades, desde as entidades natas até as entidades da comunidade organizada. Ali, o presidente do Núcleo de Coordenação, Gilboé Lângaro Mendes, anunciou que a comissão foi oficializada pela assinatura do ministro da saúde no dia 20 de junho. Era a existência de fato e de direito da CIMS de Passo Fundo.

No dia 22 de julho, o prefeito municipal, Fernando Carrion, se fez presente na reunião ordinária da CIMS. Manifestou, então, o interesse do município em participar efetivamente das AIS, bem como reconheceu a importância e deu o apoio a CIMS de Passo Fundo. É importante lembrar que as autoridades, na época, nem sempre apoiavam as CIMS, o que dificultava a implantação e o reconhecimento pela população da importância da comissão, fato esse importante nesse sentido.

No dia 23 de setembro de 1986, a CIMS propõe a elaboração de um plano municipal único de saúde, até então inexistente. Ainda vivíamos uma época em que cada esfera de governo tinha o seu sistema de saúde, sem interligações entre si, o que tornava esses sistemas ineficazes e ineficientes. Por isso, era importante que se planejasse um sistema municipal com a participação de todas as forças que tratavam da saúde em Passo Fundo e com gerenciamento único.

Em 25 de novembro de 1986, constatando a necessidade de uma maior participação das entidades representativas dos bairros, foram debatidas estratégias no sentido de trazer essas comunidades para dentro da comissão. Decidiu-se que se fariam visitas aos bairros, buscando-se saber das necessidades dessas comunidades, invocando-as para uma maior participação.

Depois de um ano de existência da CIMS, outras pessoas assinaram o livro de atas.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Alberto Lângaro, Alice Costa, Ana Luíza Lara, Ary Jorge Dal Paz, Carlos Alberto Torres, Clair Padilha, Claimar Vaccari, Irmã Guiomar, Heitor Dinau, Isabel Benetti, Ivan Xavier de Freitas, Jaime Debastiani, João Amantino, João Maria Cardoso da Silva, João Nelson, Jorge Cacciatore, Jorge Carrão, José Bohrer, Jowar Paulo da Fonseca, Juvelina Moraes, Loreci Longhi, Lúcia Petry, Lurdes Felderkieler, Maria Ursolina, Neli Pereira, Rita dos Santos, Rosimar Borges, Sinésio Battochio, Valena Lângaro Reolon.

A Associação Passofundense de Defesa do Consumidor – APADECON –, denunciou o Hospital São Vicente de Paulo por cobranças indevidas a pacientes internados pelo INAMPS. Esses valores referiam-se principalmente a pagamentos de anestésias, pois, nessa época, instalava-se a discussão, em nível de Brasil, da descredenciação dos anestesiológicos. Esses cobravam os honorários do hospital, que por sua vez, fazia a cobrança do usuário. O INAMPS determinou a imediata suspensão do atendimento de pacientes previdenciários por parte do hospital. Essa decisão trouxe problemas de imediato, tanto para o hospital como para a comunidade. Em reunião do dia 7 de janeiro de 1987, o Núcleo de Coordenação se reuniu com a direção do hospital para equacionar o problema, acertando que o hospital iria elaborar um protocolo de intenções, para posterior aprovação pela CIMS que em três dias aprovou o protocolo e o hospital voltou a atender pacientes do INAMPS.

No dia 22 de janeiro de 1987 aconteceu uma reunião com a presença do superintendente do INAMPS, o médico Osmar Terra, quando o mesmo enfatizou a importância da CIMS e deu plenos poderes à mesma para resolver as questões de denúncias de cobranças a pacientes previdenciários. Esse fato foi muito importante, pois as comissões interinstituições municipais ainda careciam de maior credibilidade junto a comunidade. O fato veio a fortalecer a Comissão de Passo Fundo.

Em 28 de abril, aconteceu nova eleição para o Núcleo de Coordenação. O presidente Gilboé Lângaro Mendes foi reeleito, ficando como vice-presidente, Edison Armando Nunes, do Ministério da Agricultura, primeira secretária, Sandra Malheiros Mendonça, da Universidade de Passo Fundo, e segunda secretária Eliane Ferrão, do INAMPS.

No dia 26 de maio de 1986, foi realizada uma avaliação da atuação da CIMS até então, fazendo uma auto crítica e elaborando planos para o futuro, onde tratou-se da necessidade de descentralizar o atendimento do INAMPS, quase todo centralizado no prédio do INSS, fato fundamental na posterior descentralização do atendimento para os

---

As entidades, além das já mencionadas: Apadecon, Aplib, Agrosolo Ltda., Associação Médica, AFUPF, Câmara de Vereadores, Cáritas Diocesana, Centro Clínico, Centro de Formação Profissional de Enfermagem, CEOP, Cremers, Grupo Ecológico Sentinela dos Pampas, Febem, LBA, Assistência Social Diocesana Leão XIII, Ministério da Agricultura, Presídio, Rotary Club, Socrebe, Sindicato dos Comerciantes, Sindicato dos Farmacêuticos e Bioquímicos, Sindicato dos Trabalhadores Rodoviários, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, UAMPAF, Uniodonto, Unimed, também Bairros e Vilas: Bom Recreio, Cohab, Luíza, Nonoai, Nova, São José, São Luiz Gonzaga, Zachia, Valinhos, Victor Issler.

bairros e vilas. Também foi decidido que a abertura de novos postos de saúde, de qualquer instituição, deveria ser previamente aprovada pela CIMS. Essa decisão foi muito importante, pois a abertura de novos postos teve, desde então, um critério técnico quando se avaliava as reais necessidades, evitando assim interesses políticos ou outros.

Dentro do plano de buscar mais entidades comunitárias, aconteceram duas reuniões na Escola Círculo Operário, 9 e 23 de junho de 1987, onde vários representantes de bairros e vilas expuseram suas opiniões e fizeram reivindicações.

Destaca-se aqui, que, mesmo antes da Constituição Federal de 1988, a CIMS já buscava a participação comunitária como fator importante na discussão das questões sanitárias. Essa idéia, com certeza, oriunda das definições da VIII Conferência Nacional de Saúde, acontecida em 1986, teve influência decisiva na futura Constituição de 1988, e na Lei Orgânica da Saúde, em 1990.

No dia 23, a CIMS aprova o convênio filantrópico com o Hospital da Cidade.

Também foi aprovado que o Hospital da Cidade poderia cobrar taxa de diferença de acomodação de pacientes do INAMPS, desde que o usuário optasse por quarto semi-privativo. Só a partir de 1991, pela Resolução nº 293 do INAMPS, e posteriormente, em 1997, pela Portaria nº 113 do SUS, essa prática foi proibida.

Em reuniões posteriores, em 22 de setembro e 27 de outubro, foram discutidos projetos sobre saúde mental e saúde escolar.

No dia 22 de dezembro de 1987 foi realizada nova eleição para o Núcleo de Coordenação, onde foram eleitos o presidente Hélio Possamai, do Centro de Saúde, o vice-presidente Raul Mozzato, do INAMPS, a primeira secretária Eliane Ferrão, do INAMPS, e a segunda secretária Marta Borges, da Cáritas Diocesana.

Já em janeiro de 1988 foi apresentado o projeto da Secretaria Estadual da Saúde e Meio Ambiente sobre saúde bucal, sendo aprovada a instalação de dois módulos dentários, um no prédio do INAMPS, hoje INSS, e outro no Centro Social Planaltina.

Em reuniões, em fevereiro, março e abril se tratou de convênio INAMPS com comunidades sindicais, convênio de co-gestão com Hospital Beneficente César Santos, Farmácias Básicas e renovação do convênio de filantropia do Hospital da Cidade, entre outros assuntos de menor importância. Isso demonstra que a CIMS teve par-

ticipação efetiva em assuntos bem diversos, mas todos de importância fundamental para o sistema de saúde de Passo Fundo.

Em 28 de junho e 26 de julho de 1988 a comissão discutiu acidentes de trabalho e doenças ocupacionais em Passo Fundo, quando foi apresentado um audiovisual sobre o assunto. Foi tratado do papel das CIPAS.

No dia 30 de agosto a CIMS tratou das doenças provocadas por agrotóxicos, falta de medicamentos nos postos de saúde e a poluição provocada pela pedreira instalada no Bairro São José. Nesse dia também se decidiu que qualquer assunto sobre saúde, que envolvesse as instituições convenientes, seria fiscalizado e decidido pela CIMS.

Na reunião de 11 de outubro de 1988, um representante do Ministério da Saúde veio falar sobre a municipalização da saúde, assunto que mais tarde, em 1990, viria a ser regulamentada Lei Orgânica da Saúde. Essa reunião contou com a presença de representantes dos municípios de Marau, Casca, Sertão, Soledade e Carazinho, mostrando aqui a abrangência regional da CIMS.

Em 25 outubro, houve a discussão sobre poluição causada por frigoríficos e outras indústrias em Passo Fundo, quando se decidiu definir uma comissão para efetuar fiscalização nesses locais, critérios para a abertura de postos de saúde no interior do município e melhor esclarecer a população sobre o papel da CIMS.

No dia 1º de dezembro de 1988 foram apreciados os orçamentos das instituições convenientes e aprovadas as contas do convênio com o Hospital César Santos.

No dia 22 de dezembro, aconteceu nova eleição para o Núcleo de Coordenação, onde elegeram-se o presidente Raul Antonio Mozzato, do INAMPS, a vice-presidente Mara Regina Tagliari Calliari, da Secretaria Municipal de Saúde, a primeira secretária Marta Borges, representante do Leão XIII e o segundo secretário Gilboé Lângaro Mendes, da UPF.

No dia 4 de abril a CIMS decidiu pela necessidade de um diagnóstico sobre a saúde de Passo Fundo, fazendo visitas a todos os ambulatórios, verificando as necessidades materiais e de recursos humanos.

No dia 30 de maio foram apresentados, pelo Delegado da 6ª Drs Julio Cezar Teixeira, os resultados da municipalização da saúde em vários municípios, onde se avaliou os prós e contras com vistas a uma provável municipalização da saúde por parte do Município de Passo Fundo.

No dia 27 de junho de 1989 foi apresentado o diagnóstico da atuação de todos os ambulatórios de Passo Fundo, tanto os do município como os do estado e os da união. Esse trabalho foi realizado em 46 visitas a locais de atendimento, de 20 de março a 26 de junho, por representantes das instituições natas,<sup>5</sup> informando-se sobre os profissionais que ali trabalhavam, o horário e tipo de atendimento diário, medicamentos fornecidos, estrutura física, e também sobre as opiniões da comunidade sobre esses ambulatórios.

A partir desse diagnóstico a CIMS teve condições de avaliar o atendimento ambulatorial de Passo Fundo. Após muitas discussões, várias sugestões de mudanças foram consideradas, desde a necessidade da melhoria no atendimento e na distribuição dos profissionais e na capacitação dos mesmos, até a decisão de que a abertura de novos ambulatórios, necessariamente, teria que ter um critério técnico. Decidiu-se que as sugestões seriam passadas às instituições natas para imediatas providências. Vê-se aqui a CIMS buscando levantar as reais necessidades da comunidade. Era a participação direta da comunidade na gestão da saúde, o que viria mais tarde ser uma prática legal através da Lei Orgânica do SUS.

No dia 22 de agosto de 1989 se discutiu o Programa de Saúde Mental e definida uma política de ensino específico sobre saúde, que deveria unir a UPF, 7ª Delegacia de Ensino e Professores das escolas do município. No dia 24 de outubro de 1989 foram apresentados os novos representantes junto a CIMS,<sup>6</sup> onde ficou constituída uma sub-comissão para observação e controle do funcionamento dos postos de atendimento do município.<sup>7</sup> A seguir, a Psicóloga Álida DalVesco apresentou o projeto Hospital-Dia, a ser implantado no Hospital César Santos.

Na reunião do dia 19 de dezembro de 1989 aconteceu a eleição do Núcleo de Coordenação para 1990, que assim ficou constituído: para presidente foi reeleito Raul Antonio Mozzato, do INAMPS, para vice-presidente, Heloísa Almeida, da LBA, para primeira secretária Marta Borges, do Leão XIII e para segundo secretário, Airton Gay Cavalheiro, da Associação de Moradores da Vera Cruz. No encerramento, o presidente convidou todos a participar do Encontro Esta-

5 Dóris Yadoya de Souza, pelo INAMPS, Sandra Malheiros Mendonça e Gilboé Lângaro Mendes, pela UPF, Suzana Goldschmidt, pela 6ª Delegacia Regional da Saúde e Alberi Nascimento Grandó, pela Secretaria Municipal da Saúde (3.2).

6 Jarbas Quadros da Silva, Diretor do Hospital César Santos, Albino Schiesleski, do Hospital Bezerra de Menezes e Sérgio Arruda Júnior, do Hospital da Cidade.

7 Angelo Rufatto e Marisa Rufatto, pela Associação do Bairro Vera Cruz, Dorvalino Vizzoto, do Sindicato Rural e Mário José, do Sindicato dos Metalúrgicos.



dual do SUS, organizado pela Associação dos Secretários Municipais de Saúde – ASSEDISA –, a se realizar em Passo Fundo nos dias 12 e 23 de janeiro de 1990.

Em 8 de maio de 1990 tratou-se dos valores repassados ao município pelo convênio Ações Integradas de Saúde, onde o representante do Hospital César Santos protestou dizendo que o seu hospital recebia menos recursos que outros hospitais pelo mesmo serviço prestado. Foi aprovada a credenciação de mais médicos para atender pelo INAMPS.

No dia 29 de maio o presidente Raul Mozzato externou sua preocupação pela possível criação de um conselho de saúde diretamente ligado ao prefeito, apenas de assessoria e não tendo a participação de representantes da comunidade. Interessante destacar que nessa época, início de 1990, ainda não existia a Lei Orgânica da Saúde, promulgada no fim do ano, que determina que o Conselho Municipal da Saúde é independente do prefeito e prevê a participação ativa da comunidade, além de ser um órgão com poder deliberativo. A CIMS de Passo Fundo já adiantava essas questões. A seguir representantes de algumas vilas levantaram a questão da insuficiência de atendimento médico e odontológico nos postos municipais, sendo que a questão ficou para ser debatida na Secretaria Técnica.

Em 24 de maio de 1990 a reunião teve a presença do secretário municipal da saúde, Alberi Nascimento Grando. O secretário destacou a precisão da destinação de recursos no Boletim Informativo da CIMS. Informou que um grande problema a ser resolvido é a centralização das consultas que obrigava a população dos bairros ir ao centro da cidade para ser atendida. Fala da necessidade de os bairros contarem com o seu próprio local de atendimento, enfatizando a necessidade de um gerenciamento único da saúde em Passo Fundo.

No dia 28 de agosto de 1990 foram escolhidos os Delegados para representar a Comissão local no encontro CRIS/CIMS, a ser realizado na Assembléia Legislativa de Porto Alegre.<sup>8</sup> Foi informado que a Lei Orgânica da Saúde estava em tramitação no Senado da República. Aqui nota-se que a CIMS de Passo Fundo se mantinha bem informada, pois a lei nº 8.080 foi aprovada poucos dias após.

No dia 6 de dezembro de 1990 aconteceu a eleição para o novo Núcleo de Coordenação da Comissão. Foram eleitos: para presidente o representante da CIST, Francisco Mário Brum; para vice-presidente

---

<sup>8</sup> Raul Antonio Mozzato e João Maria Cardoso da Silva.

o representante do Bairro Bom Recreio, João Maria Cardoso da Silva; para primeira secretária, Glória Inês Borges, representante do Sindicato da Saúde e para segundo secretário, Roberto Chiapparini, representante do Hospital Municipal. O vice-presidente eleito, João Maria, falou da importância da CIMS, pois foi nas reuniões da mesma que a comunidade tomou conhecimento dos seus direitos, que antes desconhecia, disse ele. A representante do INAMPS, Suzana Teixeira, falou que a nova diretoria deveria dar continuidade nas conquistas até aqui alcançadas, ressaltando que o presidente anterior, Raul Mozzato, foi incansável nesses dois anos de presidência. Interessante destacar que a CIMS, após dois anos de sua criação, estava sendo coordenada por representantes da comunidade organizada, sendo que os membros natos, INAMPS, UPF, 6ª Delegacia Regional e Prefeitura Municipal, continuavam participando, mas não como dirigentes.

No dia 10 de abril, o secretário municipal da saúde, Alberi Nascimento Grando, anuncia que será realizada a I Conferência Municipal de Saúde, com finalidade de avaliar questões sanitárias do município e definir diretrizes para a elaboração da política municipal de saúde.

Em 23 de abril, a Secretaria Técnica, por convocação da Secretaria Municipal da Saúde, aprova o pré-regimento interno para a I Conferência Municipal.

A conferência foi realizada de 25 a 27 de abril de 1991. Houve uma participação efetiva dos membros da CIMS nessa Conferência, além de delegados de toda a comunidade organizada, onde elaborou-se uma proposta de plano municipal de saúde e um anteprojeto de lei para o Conselho Municipal de Saúde.

Em 10 de junho de 1991 a CIMS, em reunião ordinária com a presidência em exercício de João Maria Cardoso da Silva, é apresentado o relatório da I Conferência Municipal de Saúde pelo Relator da Conferência, Paulo César Rigo, para avaliação e considerações por parte dos componentes da CIMS.

Em junho o presidente em exercício, João Maria, passa a ser presidente de fato, pela ausência do presidente eleito, que não mais residia em Passo Fundo.

Em 2 de julho discutiu-se sobre as verbas estaduais, onde Ilário Jandir de Davi, do Hospital São Vicente de Paulo, explana sobre a insuficiência de autorizações de internações hospitalares para Pas-

so Fundo, sendo que 43% de pacientes vêm de outros municípios e apenas 30% desses trazem essas autorizações.

Em 30 de julho, fez-se um debate sobre a verba do INAMPS que era destinada aos sindicatos e que foi retirada. Auxílio Rebechi fala sobre o atendimento médico e odontológico que o Sindicato dos Trabalhadores Rurais tem prestado, não aceitando que a verba seja retirada, justificando que naquele momento existia uma unificação dos recursos, e não se destinaria mais recursos diretamente às entidades, mas sim através unicamente da CIMS, conforme estudo e deliberação do plenário dessa comissão.

De 3 a 5 de outubro de 1991, Passo Fundo foi a sede da I Conferência Estadual da Saúde. A abertura foi no Cine Pampa e os trabalhos no Campus I da UPF. Essa conferência foi coordenada pelo secretário municipal da saúde de Passo Fundo e presidente da ASSEDISA. Alberi Nascimento Grando. A Conferência foi aberta pelo vice-governador João Gilberto Lucas Coelho e teve a participação de autoridades federais, estaduais e municipais, além de aproximadamente dois mil delegados, representando a maioria dos municípios gaúchos. A CIMS participou dessa conferência com oito delegados. O tema *Municipalização é o caminho*, discutiu sociedade, governo e saúde, implantação e financiamento do SUS, Controle social, políticas de recursos humanos e outros.

A CIMS de Passo Fundo participou também da IX Conferência Nacional da Saúde em Brasília, com delegados escolhidos na I Conferência Estadual.

Em 10 e 13 de março de 1992 a Secretaria Municipal da Saúde expõe a proposta de plano municipal da saúde, que, após algumas sugestões, é aprovada por unanimidade pela plenária da comissão. Aqui o Executivo busca junto a CIMS a aprovação e respaldo para a execução da política de saúde.

Em 17 de dezembro de 1992 é aprovada a lei que cria o Conselho Municipal da Saúde, lei nº 2.840, no governo de Airton Dipp/Carlos Armando Salton, que teve participação decisiva da CIMS, primeiro, pelas discussões ocorridas em várias plenárias; depois, quando da elaboração do anteprojeto durante a I Conferência Municipal da Saúde.

Em 23 de dezembro de 1992 é aprovada a lei municipal nº 2.815, que cria o Fundo Municipal da Saúde, previsto na Lei Orgânica da Saúde, que objetiva administrar os recursos financeiros da saúde

municipal. A proposta do Executivo, antes de ser encaminhada ao Legislativo, foi apreciada pela plenária da CIMS.

Em reunião de 12 de janeiro de 1993, já empossado o novo prefeito municipal, Osvaldo Gomes, ainda se discutia a composição do Conselho Municipal da Saúde. A CIMS decide definir quais as entidades que farão parte do conselho. O secretário municipal e médico, Zenóbio Terto Magalhães, contesta dizendo que a CIMS não tem poder deliberativo, mas apenas consultivo, e que as decisões da mesma podem ser contestadas legalmente. O secretário também comunica que a Secretaria Municipal da Saúde ocupará temporariamente parte das dependências do prédio recém construído para abrigar o hemocentro.

Em 18 de janeiro de 1993 a lei nº 2.840 dá redação ao artigo 4º, definindo que as entidades deveriam ser divididas em dois grupos: usuários de um lado e governo, prestadores e profissionais do outro e, ainda, que cada grupo deveria escolher seus representantes em fóruns específicos de cada grupo.

No dia 23/03/93 o presidente João Maria comunica que o prefeito não quer receber a CIMS para discutir a formação do conselho. Há preocupação também porque não é publicado o edital de convocação para a formação do mesmo. A dra. Sandra Malheiros Mendonça, da UPF, sugere contatar o Ministério Público, para que o CMS seja formado.

Através do decreto nº 147/93, o Executivo Municipal aprova o regimento interno do Conselho Municipal de Passo Fundo em 23 de julho de 1993.

Esse regimento, tendo como base as leis nº 2.840/92 e 2.852/93, entre outras coisas, define que o Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo tem como finalidade estabelecer, deliberar, controlar, planejar, acompanhar, avaliar e fiscalizar o SUS e, também, estabelece que o mesmo será composto por 32 entidades, metade representando governo, prestadores de serviços e profissionais da saúde e outra metade representando a comunidade organizada.

A partir desse momento, o Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo estava criado por lei municipal e devidamente regulamentado pelo seu regimento interno.

## 4.4. Conclusão

Ao analisar a atuação da CIMS de Passo Fundo, do período de 1985 a 1993, concluímos que a mesma foi de fundamental importância na implantação do Sistema Único de Saúde em Passo Fundo.

Desde o início, os dirigentes entenderam qual era o papel da comissão e souberam congregar as várias entidades, tanto as instituições natas, os prestadores de serviço e os profissionais da saúde, como aquelas entidades que representavam a sociedade organizada, no sentido de abrir caminho para o reconhecimento e adoção de um novo sistema de saúde.

As decisões sempre foram em colegiado, oportunizando discussões e conclusões democráticas, por maioria dos componentes. De tempo em tempo, aconteciam avaliações da atuação da Comissão, com o objetivo de traçar rumos corretos, quando necessários, em suas decisões. Visitas foram feitas, para fiscalizar ou levantar dados.

Desde a primeira reunião, ficou clara a finalidade da Comissão. Buscou-se qualificar os conselheiros, através de seminários e palestras, com o objetivo de obter subsídios para o perfeito entendimento do papel da CIMS na história da saúde em Passo Fundo. Os dirigentes, desde o começo, atuaram com responsabilidade e isenção, não ficando atrelados a qualquer instituição ou corrente política. Foram elaborados vários pareceres através de uma bem estruturada secretaria técnica, sempre que necessário.

No decorrer dos anos a eleição dos dirigentes foi de maneira democrática e, pouco a pouco, as instituições natas, ou governamentais, foram deixando espaços para as entidades que representavam a comunidade organizada, tanto, que o último presidente do Núcleo de Coordenação foi um representante dos trabalhadores rurais da pequena comunidade de Bom Recreio.

Os assuntos trazidos à discussão, sempre foram atuais e pertinentes para o momento. Se avaliou e se autorizou solicitações para credenciamento de profissionais e entidades de saúde, bem como não houve receio em trazer à tona situações sérias e constrangedoras, como denúncias de cobranças irregulares ou agressões ao meio ambiente. Houve enfrentamento com autoridades, profissionais, entidades hospitalares e empresas, por outro lado, a comissão deu apoio

e prestigiou as entidades de saúde, avalizando os convênios que eram assinados pelos órgãos governamentais ou trabalhando no sentido de funcionamento pleno das mesmas.

Os dirigentes entenderam a importância da VIII Conferência Nacional de Saúde, pois em menos de um mês da realização da mesma já se discutia seus resultados.

A Comissão contou sempre com o apoio de autoridades, locais e de fora, prefeitos, secretários municipais, dirigentes do INAMPS e da Secretaria Estadual da Saúde, dos Ministérios, demonstrando que prestigiava e era prestigiada. Em consonância com a nova proposta da saúde, se propôs descentralizar o atendimento à saúde, levando os profissionais aos bairros da cidade, bem como se discutiu os resultados da recente proposta da municipalização da saúde, já efetivada em alguns municípios do estado.

A CIMS realizou um levantamento das reais condições do atendimento à saúde em todo o município para formar uma base para futuros planejamentos estratégicos. Avaliou a proposta do primeiro plano municipal de saúde, opinando e dando sua aprovação. Entidades locais, governamentais ou não, tiveram espaço para mostrar suas realizações.

A Comissão participou da I Conferência Municipal de Saúde, não só aprovando o regimento interno da mesma, mas também conduzindo todos os trabalhos nesse evento. Dessa conferência saiu o anteprojeto para a lei que mais tarde o Legislativo aprovaria para a criação do Conselho Municipal de Saúde, sendo fundamental na indicação das entidades que iriam compor esse órgão colegiado. Também participou ativamente da I Conferência Estadual de Saúde, realizada em Passo Fundo em 1991, bem como influenciou na eleição dos delegados de Passo Fundo à IX Conferência Nacional de Saúde.

Em sete anos de existência e realizando mais de 100 reuniões, a CIMS foi de fato a instância local de viabilização das Ações Integradas de Saúde avaliando, planejando e norteando o caminho que levaria à implantação do Sistema Único de Saúde em Passo Fundo.

## Referências

- CARVALHO, Guido Ivan de. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CEBES, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, *Encarte*, 1986.
- CORTES, Soraya M. Vargas. *As políticas de saúde no Brasil: 1923-1964*. Escola de Saúde Pública, SSMA-RS.
- CURSO de especialização em saúde pública, UPF/SSMA-RS, 1990.
- GRANDO, Alberi N. et al. Trabalho de conclusão do I curso de especialização em saúde pública, UPF/SSMA-RS, 1990.
- SILVEIRA, Cláudia H. A saúde pública no Brasil, *Revista*. s.d.
- TEMPORÃO, José Gomes. Os avanços e recuos do novo sistema, *Revista*. s.d.

## Legislação consultada

- Constituição Federal Brasileira de 1988.
- Coletânea da legislação básica do SUDS, Governo Federal, de 1989.
- Lei orgânica da saúde, nº 8080 e 8142 de 1990.
- Resolução do INAMPS nº 283 de 1991.
- Decreto estadual nº 34.017/91.
- Lei municipal nº 2.840 de 1992.
- Lei municipal nº 2.815 de 1992.
- Lei municipal nº 2.852 de 1992.
- Decreto municipal nº 147 de 1993.
- Lei federal nº 8.689 de 1993.
- Resolução 6ª DRS nº 07/94.
- Lei municipal nº 3.005/95.

## Relatórios consultados

- VIII Conferência Nacional da Saúde, de 1986.
- Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Passo Fundo, visita à Rede Ambulatorial, 1989.

I Conferência Municipal da Saúde de Passo Fundo, de 1991.

I Conferência Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 1991.

Atividades de Diretoria da Associação dos Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul, Gestão 1991/1992.

Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, São Paulo, 2002.

### **Atas consultadas**

Livro de atas da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Passo Fundo, de 1985 a 1993.

Atas do Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo, de 1993 a 1997.





---

## Capítulo 5

---

# Reflexões sobre a Organização da Atenção à Saúde no município de Passo Fundo /RS

Bernadete Maria Dalmolin\*  
Lucia Maria Mottin\*\*

---

### 5.1. Introdução

Este capítulo pretende discutir algumas questões a respeito da Organização da Atenção à Saúde no município de Passo Fundo, fazendo um recorte a partir de alguns princípios orientadores como a *integralidade*, tendo como parâmetro, a legislação do SUS.

Após quase dez anos da II Conferência Municipal de Saúde de 1994 que, no nosso ponto de vista, desenhou uma proposta de modelo assistencial de saúde para Passo Fundo, ainda é predominante uma atenção médico-centrada, procedimento-centrada e com baixa resolutividade. Tais fatos decorrem, no nosso entendimento, entre outros fatores, de uma construção histórica e social da realidade, agravada pela insuficiente responsabilização das gestões públicas no seu papel de condutores/executores de propostas acordadas entre os diferentes segmentos da sociedade. É dentro dessa problemática que pretendemos situar esse capítulo, partindo do pressuposto de que a integralidade deva ser um dos eixos da atenção de um siste-

---

\* Sanitarista, docente do curso de Enfermagem da UPF, técnica-científica do Estado do RS. E-mail: <berna@upf.com.br>.

\*\* Sanitarista, docente do curso de Enfermagem da UPF. E-mail: <mottin@saude.upf.br>.

ma de saúde com múltiplas ofertas e de acordo com as necessidades de saúde e as peculiaridades locais.

Faz-se necessário, a partir disto, pontuar, minimamente, alguns aspectos que foram base para a Organização da Atenção à Saúde em nosso país e uma reflexão mais pontual de questões que envolvem esse processo em Passo Fundo, a partir de deliberações de conferências municipais de saúde.

## 5.2. Algumas bases da Organização da Atenção à Saúde

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil, ainda que tenha seu embrião ligado a questões de saúde coletiva, na verdade, seu principal viés constituiu-se, desde sua origem, no atendimento dos interesses econômicos vigentes em cada momento histórico. Essa preponderante alavanca de *produção de saúde* que foi se formatando baseava-se em aspectos que desconsideravam o ambiente político e econômico na gênese do processo saúde-doença, por um lado, atribuindo ao indivíduo a responsabilidade pelo adoecer e morrer e, por outro, assumindo para si a onipotência do saber-fazer em saúde. Esse cenário mercantilista e reducionista dos determinantes e condicionantes da saúde, desencadeou um modo de pensar a partir de uma visão unicausal e simplista e, a organizar sua atenção de forma seletiva, fragmentada, curativista e desarticulada. Esse processo ainda se faz presente em muitas das construções teóricas e práticas em diferentes espaços da atenção.

Assim, é possível compreender que a política de atenção à saúde nasce de interesses que pretendiam disseminar suas idéias de modo a preservar uma visão de mundo proveniente das classes dominantes. Os movimentos contrários e por vezes ambíguos, foram marcando diferentes épocas, mas não adquiriram um *status* que permitisse recolocar a doença enquanto *expressão de condições sociais de existência*, ou seja, de reconhecer que os problemas vividos eram também reflexos das precárias condições de vida das classes menos favorecidas.

Na perspectiva da utilização do poder do Estado para determinar/executar políticas capazes de reverter a situação caótica que assolava o país, desenvolvendo uma prática sanitária que impactasse

nas condições sociais, os trabalhadores de saúde foram induzidos gradativamente a cumprir a ordem capitalista. Dessa forma, ainda que empreguem “uma linguagem por vezes liberal, por vezes de intenso reformismo social no encaminhamento de suas propostas, são objetiva e historicamente os primeiros *intelectuais orgânicos* da ordem burguesa e seus setores dominantes no Brasil” (Luz, 1982). Assim, a ordem política de Estado centralizador e controlador passa a ser incorporada pela ordem médica<sup>1</sup> que o representa, sendo chamada a responder à situação de saúde sem intervir em seus fatores condicionantes/determinantes e, em muito, atendendo a interesses particulares de uma *indústria da saúde* – ou da doença?

Embora o campo da saúde tenha passado por importantes descobertas e inovações no decorrer da história, ainda não conseguimos superar sua sujeição a tais questões, de forma a operacionalizar ações sobre as múltiplas dimensões que envolvem a saúde e a doença, particularmente de sua dimensão coletiva e, em especial, a democratizar as relações sociais, a equidade no acesso e a integralidade da atenção.

Desde 1988, pela Constituição Brasileira, formata-se um Sistema Único de Saúde – SUS – garantido através do movimento sanitário que envolveu diversos segmentos, desde profissionais da saúde, intelectuais, parlamentares, organizações não governamentais até a sociedade civil fortalecendo-se, a partir da década de 1980, e recolocando no cenário nacional a necessidade de um novo paradigma científico para a saúde e a transformação de suas práticas sanitárias. Esse movimento denominou-se Reforma Sanitária devendo ser entendida, conforme Mendes (1995), como um processo democrático e transformador dos espaços políticos, jurídicos, institucionais e operacionais para atender a saúde dos cidadãos, considerando-a

(...) como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

---

<sup>1</sup> Cabe ressaltar que, quando falamos em ordem médica não estamos falando exclusivamente da profissão médica, mas de todas as profissões da área da saúde que foram se utilizando desse mesmo referencial, formatando-se também enquanto “objetos” nessa relação.

Sendo assim, esse movimento de reforma insere-se em uma arena de conflitos e enfrentamentos, com posições que procuram levar a cabo um projeto que defenda a vida, individual e coletiva, num processo de construção da cidadania, na qual todos possam ser sujeitos, enquanto outras posições, continuam fazendo a negação do caráter social e histórico do processo saúde-doença, banalizando e mercantilizando suas práticas e insistindo em modelá-las de acordo com determinados interesses.

### 5.3. Elementos *preciosos* para a Organização da Atenção no município e os seus *desencontros*...

O nosso município também reflete o macro contexto aqui explicado e manifesto na forma como se estruturam as práticas de saúde. A complexidade dos problemas sociais, aí incluídos os da saúde, têm exigido reflexões sobre as concepções e intervenções que, em diferentes momentos, foram motivo para a busca de mudanças na conformação de um sistema que pudesse impactar, não somente a doença, mas também, e principalmente, os riscos que conduzem a esse fenômeno.

Por ocasião da II Conferência Municipal de Saúde, foram elencadas as diretrizes que procuravam fazer frente a uma estrutura de ações e serviços que não vinham respondendo às necessidades dos diferentes segmentos sociais, que já manifestavam a sua compreensão a respeito do caráter histórico-social da saúde-doença. Dessa forma, esse fórum buscou desenhar e garantir um *sistema* de saúde que respondesse à *integralidade* da atenção, estabelecendo acordos que viriam a fundamentar a política pública de saúde, tendo como base o arcabouço constitucional.

As diretrizes demarcadas na Conferência subsidiaram a elaboração de um plano municipal de saúde que deveria ser o documento oficial para balizar a gestão da saúde em Passo Fundo.

Cabe salientar que, tanto a Conferência Municipal de Saúde, quanto o seu Plano estavam embasados em uma compreensão mais ampla, que apontava para a premência de reorganizar a atenção à saúde, ampliando e agilizando a atuação dos diferentes serviços. Tal compreensão encontrava-se pontuada, principalmente nas necessi-

dades elencadas no referido documento (Plano Municipal de Saúde, 1995):

- *Readequar o modelo de atendimento da rede pública municipal de saúde;*
- *Aumentar o número de equipes multiprofissionais nos serviços da rede pública municipal de saúde;*
- *Readequar política de desenvolvimento de recursos humanos da SESMA;*
- *Tornar mais efetiva a regionalização e hierarquização da rede pública municipal de saúde;*
- *Criar um sistema de acompanhamento das ações de saúde que agilize e facilite a tomada de decisões.*

A partir dessas necessidades, destacam-se alguns dos objetivos pretendidos pelo plano acima citado:

- *Ampliar e compor equipes multiprofissionais com o perfil na saúde coletiva;*
- *Garantir a capacitação dos profissionais e trabalhadores de saúde em todas as áreas;*
- *Estruturar um Centro de Atendimento Integral à Saúde – CAIS – em quatro Distritos Sanitários à serem definidos;*
- *Hierarquizar o serviço, conforme complexidade crescente, utilizando o sistema de referência e contra-referência;*
- *Articular intersetorialidade e interdisciplinariedade a fim de potencializar os recursos existentes no município;*
- *Organizar e implantar um sistema de informação adequado e corrente que possibilite o conhecimento da realidade epidemiológica do município, com base na distribuição espacial dos problemas – mortes, agravos e riscos.*

O Plano ainda detalhava operações, ações, trajetórias e cronograma para a sua implementação, o que nos habilita a dimensionar sua tênue implementação. No entanto, ainda que construído pela gestão pública e com a ampla participação dos diferentes segmentos do Conselho Municipal de Saúde, com discussões nas suas bases para garantir o caráter democrático e fiel às necessidades de saúde, sua operacionalização foi comprometida, tendo se constituído em

mais um instrumento demandado legalmente, porém, minimamente efetivado.

Tal fato, no nosso entendimento parece ter como principal fator o tradicional centralismo do poder público que permeou as políticas de saúde, seu frágil comprometimento com as deliberações acordadas em fóruns legítimos para definição de tais políticas e que, apesar de ter incorporado alguns *fragmentos* das ações elencadas no referido Plano, não conseguiu responder à riqueza de um processo que conclamava um novo projeto que trouxesse impacto aos problemas vigentes.

Voltando nosso olhar para as questões atuais da política pública no município de Passo Fundo, percebemos que as bases conceituais já manifestas na Conferência de 1994 e no Plano de 1995, retornam com toda ênfase na Conferência Municipal de Saúde de 2003, quando os aspectos referentes ao modelo de atenção permearam as discussões daquele fórum, apresentando-se novamente como o eixo central.

Os embates presentes nos diferentes momentos do processo da realização dessa Conferência, evidenciaram que, as ações já implantadas no município, ainda que necessárias, agiram tão somente na arquitetura dos serviços e não na sua essência. O modo como vem se desenvolvendo a atenção à saúde, nas relações estabelecidas entre gestores, prestadores, trabalhadores, e desses com os usuários, não garantiu uma relação que pudesse ser realizada “sobre novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, e de civilidade, acolhimento, e construção de novos processos mais comprometidos com os usuários, seus cuidados e curas” (Merhy e Onocko, 1997), tornando-se um conjunto de práticas rígidas e pouco conectadas com o meio social e dirigidas para *populações anônimas*.

O projeto de saúde, conforme relato dos documentos, propunha dividir a cidade em quatro áreas, com limites geográficos definidos e, em cada área a instalação de Unidades Básicas de Saúde – UBS –, articuladas a um Centro de Atenção Integral, responsável diretamente pela atenção à saúde da região. Cada unidade deveria dispor de uma equipe multiprofissional em contato direto com a população local, capaz de planejar ações e serviços voltados às áreas geograficamente delimitadas e sob a sua responsabilidade. Essas estruturas de serviço iriam se conectar a outras unidades ambulatoriais e de diagnóstico, além da rede hospitalar pública e contratada. Para permitir a efetivação desse novo modelo sanitário, propôs-se a re-

organização dos serviços de saúde em base territorial que computa os chamados *distritos sanitários*.

Esse pequeno enunciado carrega vários conceitos envolvidos na organização da atenção que precisamos desdobrar para clarear a intenção de um projeto para o município e *visualizarmos* onde estamos nesse caminho.

Em primeiro lugar, a divisão da cidade. Essa não deve ser compreendida apenas como uma divisão político-administrativa ou como forma de garantir o acesso a ações e serviços mais próximos da população, o que já seria um bom motivo para ser operacionalizada. Trata-se principalmente de uma forma de conceber o território que transcende a questão geográfica. Segundo Delgado et al (1997) “o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo”. Sendo assim, é um espaço em permanente construção, complexo, heterogêneo e produto de uma dinâmica social que vai se estabelecendo entre os sujeitos, as instituições, seus arranjos e normas que guardam as peculiaridades de cada local.

Olhar o território sob essa ótica significa entender que há um processo inegavelmente interativo entre o instituinte e o instituído e urge a sensibilidade de que ele seja compreendido, dessa forma, pelos diferentes atores implicados neste espaço social, principalmente pelos gestores e trabalhadores de saúde, na definição de suas práticas.

A aproximação à dinâmica cotidiana dos grupos sociais no território nos ajuda a romper visões desatentas e, por que não, preconceituosas e comodistas que orientam e conduzem, por vezes, o nosso olhar técnico. “É esse jogo de espelhos, é essa imagem refletida no outro que orienta e conduz o olhar (...)” (Magnani 2000), auxiliando-nos num mergulho necessário para buscar significados onde, muitas vezes, só se vê a anormalidade e a doença. Em oposição a esse olhar distanciado que nos leva a agir de forma homogeneizada com *ações programáticas* padronizadas, nos guiamos por Magnani para propor um olhar *de perto e de dentro*, que marque a diferença sobre o olhar predominante, caracterizado como *de longe e de fora*.

Uma segunda reflexão a ser feita é sobre o trabalho em equipe.<sup>2</sup> Muito se fala, pouco se pratica. Isso ocorre, sobretudo, porque requer

---

<sup>2</sup> Para aprofundar o tema sugere-se a leitura de Gastão Wagner de Souza Campos em *Ciência e saúde coletiva*, ABRASCO, 2000, p. 219-230, entre outras obras do autor.

dos profissionais um distanciamento e uma ruptura sistemática de um tipo tradicional – *estilhaçado* – de organização do saber-fazer, visto que, para a complexidade dos problemas de uma sociedade, é necessário um *novo* saber-fazer, caracterizado pela intensidade das trocas e pela integração efetiva de todos os envolvidos no interior de um mesmo projeto (Japiassú, 1976). Para essa produção é necessário, além de transitar no mundo cognitivo próprio de cada profissão, também transitar num mundo de valores que incluem a solidariedade profissional entendida como uma ética que não se molde pela máscara corporativa, mas que opere interagindo saberes e fazeres para a expansão da vida dos indivíduos e da coletividade.

Está colocada nessa proposta a necessidade de superar o que acontece com o trabalhador que por muitas vezes opera em um espaço de *autogoverno*, no sentido de *privatizar* o seu fazer, sem ter que dar conta nem ao usuário, nem à equipe e nem ao gestor (Merhy e Onoko, 1997). O pensamento de fronteira interdisciplinar é de grande fecundidade e deve ser de grande porosidade, no sentido de abrir o espírito para espaços mais amplos. Esse modo de visualizar o horizonte da saúde desafia os profissionais a construírem uma prática voltada para um objetivo comum e permeada pela troca, pela dinamicidade, pelo respeito aos necessários diferentes saberes, incluindo o saber local.

Cabe destacar, ainda, que o agir do trabalhador da saúde é anterior a ele, visto que sua formação ocorre a partir de uma modelagem que é resultado de uma *circularidade* que se estabelece no processo social. Sendo assim, encontramos limites na ação profissional que precisam ser transpostos em diferentes espaços, momentos e de diferentes formas, a partir de uma permeabilidade das inter-relações em cena.

Todas essas reflexões se ligam ao princípio da integralidade a que nos referimos no início desse capítulo e que se coloca como um dos grandes desafios na organização da atenção. Podemos dimensioná-la a partir do referido por Pinheiro (2001),

(...) como sendo uma ação social resultante da permanente ação dos atores na relação de mando e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.



Entre os sentidos da integralidade, Cecílio (2001) também alerta para a importância de a visualizarmos no *espaço singular*, ou seja, focalizada no sujeito e, também, no *espaço macro*, ou seja, o espaço que envolve os serviços e vai para além deles.

A primeira dessas dimensões, diz respeito à diferenciação que deve ser feita pela equipe de profissionais entre a demanda trazida pelo sujeito e as suas reais necessidades. As demandas normalmente se colocam a partir dos serviços oferecidos – consultas, consumo de exames, de medicamentos etc. As necessidades, por sua vez, podem estar ocultas atrás das demandas, vindo *travestidas* nelas. Essa dimensão requer que os profissionais de saúde, em seus micro-espacos, ultrapassem as práticas usuais, por não darem conta de atender os sujeitos e redimensionar as formas de abordagem dos problemas que se apresentam, gerando novas intervenções.

A segunda dimensão, referente ao espaço macro da compreensão da integralidade, significa a interface entre os diferentes serviços de saúde, sejam eles serviços da rede básica, de especialidades ou hospitalares e desses, com outras instituições não necessariamente de saúde. Para Cecílio (2001),

A – máxima – integralidade da atenção no espaço singular do serviço – integralidade focalizada – pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde ou não. A integralidade da atenção pensada em *rede*, como objeto de reflexão e de – novas – práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela *não se dá, nunca, em um lugar só*, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um *esforço intersetorial* (grifos nossos).

Nesse sentido, a integralidade insere-se no conceito de uma nova responsabilização dos profissionais e seus serviços, na composição da organização da atenção em *rede, conformando um sistema* e entendendo a necessária complementariedade desses espaços, não mais estabelecendo em torno deles nenhum tipo de hierarquia, na medida em que suas vocações/tecnologias de vigilância e assistência à saúde devem ter epicentros próprios, sendo que todos são imprescindíveis.

Por essa ótica, queremos explicitar, sobretudo, que independentemente da forma de gestão em que esteja o município *essa é uma responsabilidade do gestor municipal*, utilizando para isso das

diferentes ferramentas de gestão para a inclusão de todos os serviços de saúde, públicos ou de caráter público, na viabilização de condutas pautadas na formalização de contratos nos quais se explicitem responsabilidades, objetivos e metas sanitárias, *socialmente construídas* e passíveis de implementação e avaliação. Ao falarmos socialmente construídas queremos dizer que o gestor, *aí está* como o administrador dos recursos cuja utilização deverá ser acordada democraticamente com seus *sócios-proprietários, os usuários*.

A partir disso e retomando os principais eixos que permearam a proposta de organização da atenção com base no Plano Municipal de Saúde de 1994, levantaram-se algumas questões:

- O Modelo de Atenção foi *readequado*?
- Constituiu-se entre o gestor e os profissionais de saúde da *rede*, um contrato de compromissos com a proposta de trabalho formulada coletivamente?
- Houve aumento do número de equipes e a implementação de uma política de desenvolvimento de recursos humanos com plano de carreira, cargos e salários; capacitação e sensibilização em todas as áreas?
- O trabalho acontece de forma interdisciplinar?
- A regionalização e a hierarquização tornaram-se efetivas a ponto de falarmos em rede com fluxos garantidos de referência e contra-referência dentro da lógica pública?
- A regionalização tem base territorial nos termos em que foi pensada ou constitui-se apenas em uma divisão geográfica dos bairros?
- Criou-se um acompanhamento de ações e serviços para agilizar a tomada de decisões, tendo como parâmetro o conhecimento da realidade epidemiológica, com base na distribuição espacial dos problemas?

Não podemos dizer que não houveram avanços, sobretudo porque acreditamos que os esforços dos órgãos colegiados da saúde – Conselho e Conferências Municipais – e de alguns profissionais inseridos nos serviços não são em vão, sendo que muitas vezes, buscam na relação com a gestão municipal, quase sem retorno, a efetivação de ações condizentes com suas necessidades. Nesse rol também queremos lembrar que à política municipal está articulada a política estadual e nacional, ressaltada sua autonomia.

Entre os avanços queremos destacar as construções dos CAIS que ora se finalizam. Talvez seja a operação efetivada de maior vi-

sibilidade que a gestão pública conseguiu implantar, com uma localização e estrutura física que merecem destaque. No entanto, os limites logo se colocam. A lógica predominante continua a do ambulatório – principal atividade: o procedimento queixa-conduta –, ou seja, a *atenção integral* proposta em tais centros, ainda encontra-se distante da possibilidade de efetivação. Entre os limitadores, destacamos: o gerenciamento das unidades em co-gestão com a população local, definindo problemas e prioridades em cada área adscrita, ainda não se tornou uma prática; a base territorial não tem sido subsídio para pensar os processos sócio-epidemiológicos que ocorrem no território, como matéria-prima para guiar os profissionais e desencadear ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

A construção do acesso aos serviços de saúde, que deveria ser viabilizada por quem opera o sistema, acaba ficando por conta do usuário que, pela incipiência dessa rede, acaba tecendo-a por sua própria conta. Dessa forma temos ainda uma rede (?) pouco organizada, excludente e com ofertas pobres, não conseguindo oferecer a tecnologia mais adequada para as necessidades condizentes a uma atenção integral.

Aliado a essas questões, outras aumentam os limites da reorganização da atenção. Em relação aos recursos humanos, ainda que possamos registrar um aumento das equipes desde 1994 – particularmente decorrentes da implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, PACS, e do Programa de Saúde da Família, PSF –, a orientação política das práticas profissionais se pauta por elas mesmas, uma vez que não existe um outro eixo orientador na gestão que consiga imprimir a marca de um projeto de defesa do SUS e da vida. A prática interdisciplinar não se constrói enquanto uma diretriz maior, porque, como já dissemos, para que aconteça, ela necessita, sobretudo, de uma ruptura sistemática de posturas rígidas, o que só é possível se houver troca de saberes e fazeres cotidianos, onde ninguém é hierarquicamente superior ao outro, fato que exige sensibilização, capacitação, luto das onipotências e criatividade para então, dar espaço a esse novo: o interdisciplinar.

O concurso público, realizado nove anos depois da deliberação feita na Conferência, abarcou um contingente parcial dos trabalhadores da saúde. Particularmente ao referido concurso, lamentamos não terem sido incluídos como critérios de seleção, conhecimentos voltados para o SUS, o que nos parece estaria, de certa forma, de-

marcando o necessário perfil sanitário do profissional. A terceirização – cooperativas de trabalho – que, já fora abominada pelos órgãos colegiados do município, tribunal de contas, auditorias etc., permanece largamente presente e, o mais grave, na maior parte das vezes, insubordinada à própria gestão e à lógica pública. Diante de tudo isso onde ficou o desenvolvimento de uma política de recursos humanos?

Essa incursão, ainda que parcial e sem outros aprofundamentos necessários, nos permite dizer que tivemos vários *desencontros* entre o que foi conclamado pelos diferentes segmentos sociais nas conferências municipais de saúde onde se conseguiu montar os elementos essenciais das *reformas* necessárias para a construção de um novo modelo de atenção a saúde para Passo Fundo e o que pôde ser desenvolvido, concretamente, pelas gestões municipais que conduziram esses processos nos últimos anos. Não temos conseguido impactar a realidade através das estruturas até então constituídas. Fato que parece ser evidenciado em alguns indicadores de saúde como, por exemplo, a mortalidade infantil, o baixo peso ao nascer e a expectativa de vida ao nascer, o que colocou o município entre os cinco piores do Estado no que se refere à saúde, segundo o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE, 2000).

Finalmente, gostaríamos de salientar que, construir uma nova atenção à saúde para Passo Fundo passa pelo enfrentamento de situações diversas, principalmente pela ousadia de aceitar relações democráticas e propor novos cenários que resgatem conhecimentos/recursos que permeiam uma comunidade ou uma cultura, acolhendo as necessidades através de uma escuta que se estabeleça a partir do cenário vivo, onde ele ocorre e que seja entendido como um constante diálogo entre os atores que, de maneira singular – *preciosa* –, buscam a ampliação de suas possibilidades de viver.

## Referências

- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abrasco, 2001, p. 113-126.
- CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, II. Passo Fundo: 1994.
- CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, IV. Passo Fundo: 2003.
- DELGADO, P. G. et al. *Rede, território e atenção psicossocial* – informações demográficas e socioeconômicas sobre as regiões atendidas pelos CAPS de Campo Grande e Santa Cruz – Relatório preliminar I, Rio de Janeiro: IFB/IMASM, 1997.
- JAPIASSÚ, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- LUZ, M. T. *Medicina e ordem política brasileira*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MAGNANI, J. G. C. De perto e de dentro: nota. Para uma etnografia urbana. *Revista brasileira de ciências sociais*, v. 17, n. 49: 11-29, 2002.
- MENDES, E. V. *O distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde*. 3. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, Secretaria Municipal de Saúde, 1996-1997, Passo Fundo, 1995.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abrasco, 2001, p. 65-112.

## **Parte III**

# **O controle social do SUS em Passo Fundo**



## Capítulo 6

# Controle social: um desafio para efetivação do SUS

*Henrique Kujawa\**

---

### 6.1. Introdução

Busca-se, neste capítulo, tratar o controle social enquanto princípio do SUS a partir de três elementos centrais. O primeiro discute o significado do controle social e sua relação como um projeto de sociedade e de estado. O segundo analisa a proposta do SUS com o seu princípio de controle social e os mecanismos que se criaram para isso. O terceiro e último aborda os limites e as possibilidades do exercício do controle social a partir das instâncias existentes na organização do SUS.

### 6.2. O significado do controle social

A compreensão de controle social obteve historicamente significados diferentes, mas sempre para tratar das relações entre Estado e sociedade. Classicamente para tratar da necessidade e capacidade do Estado exercer um controle sobre a sociedade, principalmente com aqueles setores que não se submetiam a ordem estabelecida, ou então, nas últimas décadas do século XX, como a capaci-

---

\* Mestre em história, professor da UNOCHAPECÓ, diretor do Instituto de Pesquisa e Estudos Jurídicos – IPEJUR – e educador popular do CEAP.

dade da sociedade, através de organizações e movimentos sociais, ou mesmo, da ação individual dos cidadãos, participarem de espaços até então considerados apenas do Estado.

Verificamos que a compreensão de controle social pode representar um instrumento de dominação do Estado sobre a sociedade ou, então, a minimização do poder desse e a ampliação da participação e do poder da sociedade civil.

Olhando para a história brasileira podemos afirmar com segurança que a concepção que vigorou foi a de que o Estado deveria exercer o controle sobre a sociedade, fosse de forma autoritária e violenta, fosse de forma populista de cooptação e regulamentação. Até o final do século XIX em uma sociedade escravocrata, grande parte da sociedade era considerada objeto de uso e bem comercializável. Entendemos que numa sociedade escravocrata não há nenhuma possibilidade de interferência da sociedade sobre o Estado. Durante o século XX até a década de 1980, atribuiu-se ao Estado o papel de controle sobre a sociedade com o objetivo de garantir a *ordem e progresso*. Em conformidade com princípios liberais e positivistas o Estado intitulou-se garantidor dos direitos individuais e, a partir deles, defensor de uma sociedade democrática<sup>1</sup>. Quando se preocupou com a garantia de alguns direitos sociais, o fez de forma populista, como no Período Vargas, cooptando a sociedade e tornando as organizações sociais correias de legitimação política do *status quo*. Quando em períodos de dificuldade ou inconveniência das políticas populistas, imediatamente utiliza-se do Estado ditatorial e da violência para exercer o seu papel de garantidor da *ordem*. Exemplos clássicos foram os do período do Estado Novo (1937-1945) e da Ditadura Militar – 1964-1985. Segundo Schimidt (2001), no Brasil o Estado precedeu a formação da sociedade civil o que atribui a ele um poder excessivo de controle. Seguindo o pensamento de Wolkemer, (1990) Schimidt (2001) aponta que “(...) a preeminência do Estado não se deu apenas na esfera da economia, mas no conjunto da vida política do país. Desde o início, as elites oligárquicas controlaram o Estado e exerceram a dominação política à revelia da população” (p. 272).

É a partir da década de 1980, mais especificamente a partir da Constituição de 1988 que o Estado brasileiro assume a possibilidade de se abrir para a sociedade permitindo a inversão da compreensão do significado do controle social, ou seja, não do Estado em relação

---

<sup>1</sup> Para aprofundar a trajetória histórica da relação Estado enquanto regulador social e o controle democrático como regulação da sociedade ao Estado ver Pereira (2002).



à sociedade, mas da sociedade em relação ao Estado. A Constituição de 1988 estabeleceu um conjunto de princípios que, posteriormente, tornaram-se mecanismos formais<sup>2</sup> que possibilitam a sociedade exercer esse controle, entre eles estão os conselhos gestores, especificamente, na temática que estamos tratando, os conselhos de saúde nas três esferas de governo.

Há uma vasta bibliografia que busca associar a concepção de controle social à concepção de democracia. Costa em *Teoria democrática e conselhos de políticas sociais* (2002) aponta para a idéia de que os conselhos de políticas públicas são o resgate e ampliação do núcleo da democracia descrito por Tucídenes com as características “de autogoverno, igualdade política liberdade, justiça, discussão pública prévia às decisões de interesse comum, controle da ação dos governantes e prestação de contas das ações de governo.” (p. 90). Núcleo esse que fora resgatado com a idéia moderna de democracia que se contrapôs ao Estado nacional absolutista com os princípios de igualdade, liberdade e fraternidade, embora historicamente tenha se restringido enquanto valor e procedimento, nas últimas décadas do século XX a concepção de Tucídenes está sendo resgatada, entre outras formas, a partir dos espaços de participação direta do cidadão nas decisões e no controle das ações do Estado.<sup>3</sup>

Isso não significa dizer que a construção de relações democráticas entre Estado e cidadão se dê de forma linear nem monolítica. Como nos coloca Dagnino (2002) esse processo vincula-se a uma multiplicidade de fatores, entre eles a não compreensão do Estado como estrutura de poder monolítico e restrita às esferas de sua representação (federal, estadual e municipal). Nem tão pouco entendê-la como uma relação de campos opostos, ou seja, a sociedade civil como o “pólo da virtude” e o Estado como “encarnação do mal”, segue a autora “o conflito e a tensão serão maiores ou menores dependendo do quanto

---

<sup>2</sup> A Constituição de 1988 garantiu, na área da saúde o princípio da descentralização e da participação popular e com as leis orgânicas de saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90 regulamentou-se, com o estabelecimentos de instâncias e formas, essa participação popular. É importante ressaltar que foi criada a lei nº 8.142/90 em função de que o Governo Collor vetou os artigos da lei nº 8.080/90 que tratavam desses mecanismos e formas.

<sup>3</sup> SHIMIDT (2001) considera que podemos diferenciar duas grandes compreensões da democracia moderna “a concepção processual representativa, de corte liberal: a democracia é pensada no âmbito da política institucional e entendida, fundamentalmente, como método de seleção dos governantes através do voto (...) a democracia social e participativa, concepção que abrange tanto a esfera político institucional quanto a econômica e social. A democracia exige o voto, mas requer também mecanismos de instauração de níveis razoáveis de igualdade social e econômica, bem como a ampla participação dos cidadãos nas decisões políticas.” (p. 267, 268).

compartilham – e com que centralidade o fazem – as partes envolvidas” (p. 280).

A sociedade civil e o Estado possuem lógicas de funcionamento específicas, mas essas diferenças estruturais não são suficientes para entendermos suas relações, devemos considerar o projeto de sociedade – político – e a concepção de democracia como bases indispensáveis para compreendermos a concepção de controle social e da relação entre Estado e sociedade civil.

### 6.2.1. O controle social a partir do princípio do SUS

O controle social é um dos elementos inovadores do SUS, na medida em que determina que a população tem o direito de definir as prioridades das ações de saúde e acompanhar, fiscalizar as ações desenvolvidas pelos gestores. A legislação brasileira vigente garante um conjunto de mecanismos institucionalizados para o exercício do controle social, vejamos:

#### Constituição Federal.

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: II - participação da comunidade.

#### Lei nº 8080/90

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

#### Lei nº 8142/90

Art.1º - O Sistema Único de Saúde – SUS – de que trata a lei nº 80890 de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas I - A Conferência de saúde; e II - O Conselho de saúde.

A lei nº 8.142/90 também estabelece que as duas instâncias de controle social devem ser paritárias entre os representantes dos usuários e os representantes dos demais segmentos. Entende-se a importância da paridade a partir do histórico da relação do Estado com a sociedade brasileira que constituiu-se de forma patrimonial-

lista, clientelista e autoritária. A proposta do SUS gestou-se em meio a ditadura militar onde o Estado cerceava a participação social, atribuindo para si imensos poderes sobre os cidadãos. A paridade busca, portanto, garantir que os cidadãos usuários tenham a mesma força para representar os seus interesses que os demais segmentos e, ao mesmo tempo, que considera-os mais legítimos para definir as prioridades a serem desenvolvidas uma vez que são os usuários o fim último da existência e organização do sistema.<sup>4</sup>

A lei nº 8.142/90 assim se refere a composição, organização e funcionamento das instâncias deliberativas.

O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários, atuam na formulação de estratégia e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. (...) Para receberem os recursos de que trata o artigo 3º dessa lei, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com: (...) conselhos de saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990 (Lei federal nº 8.142/90).

Atribui-se às conferências de saúde, nas três esferas, o papel de avaliar a saúde e definir diretrizes gerais a serem implementadas pelos respectivos gestores. Dessa forma as conferências são a instância de definição da concepção e dos rumos políticos a serem implementados pelas ações de saúde.

Os conselhos por sua vez possuem o papel de, à luz das diretrizes definidas pelas conferências, aprovar as ações a serem desenvolvidas pelo gestor e fiscalizar a sua execução em todos os aspectos, financeiros, resolutividade e adequação aos princípios do SUS.<sup>5</sup>

---

4 Côrtes (2004) analisando comparativamente o arcabouço institucional dos conselhos municipais de saúde e dos conselhos municipais de assistência social da região metropolitana de Porto Alegre, aponta que um dos elementos que diferenciam estes dois fóruns é justamente o caráter paritário dos conselhos. A garantia legal dessa paridade, segundo a autora, pode ser compreendida com a luta histórica dos movimentos sociais que se articularam desde o final dos anos 1970 em defesa do direito à saúde, bem como da formação, em meados da década de 1980 de fóruns participatórios denominadas Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde – CIMS –, que pós Constituição de 1988 serão os embriões dos conselhos municipais de saúde.

5 Tatagiba (2002) destaca a novidade histórica dos conselhos gestores, dentre eles os conselhos de saúde, em função de três aspectos: a) serem espaços públicos com composição plural e paritária. b) terem no processo dialógico o instrumento privilegiado de resolução dos conflitos inerentes à diversidade dos interesses; c) funcionarem como instâncias deliberativas com competência legal para formular políticas e fiscalizar sua implementação, apontando no sentido da democratização da gestão (p. 54-55).

A base legal e, mesmo, a existência dessas instâncias não significam automaticamente o efetivo exercício do controle social. A superação de uma cultura política, historicamente construída, de centralização do poder e clientelismo de um lado e, de outro, de que a interação com o Estado significava o abandono de concepção transformadora e revolucionária, é um processo lento e gradativo. Por isso permanecem um conjunto de desafios para concretizar o efetivo exercício do controle social, alguns deles abordaremos a seguir.

### 6.3. Desafios e possibilidades para os conselhos enquanto espaços de controle social

A Ditadura Militar e, com maior intensidade a década de 1980, foi marcada pela luta da sociedade civil para criar mecanismos legais objetivando democratizar o Estado. A luta pela anistia, pelas Diretas Já, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a Assembléia Constituinte são exemplos dessa luta, que foram, em certa medida, coroadas com a Constituição de 1988, estabelecendo um conjunto de princípios e normas democráticas, entre elas a participação popular na definição e na fiscalização das políticas públicas de saúde.

Na década de 1990 a totalidade dos estados e a grande maioria dos municípios instituíram os seus conselhos de saúde<sup>6</sup> e os movimentos sociais e a sociedade civil como um todo ocuparam suas cadeiras de conselheiros. Contudo permanece a questão: a constituição de conselhos paritários<sup>7</sup> garante o efetivo exercício do controle social, a democratização do poder e os interesses da sociedade civil? Não temos a menor dúvida de que o processo histórico desenvolvido, a instituição do princípio do controle social, da paridade numérica, a criação dos conselhos e das conferências, a participação dos movimentos sociais nesses espaços foram grandes avanços, mas gostaríamos de apontar alguns elementos que consideramos fundamentais para qualificar o exercício do controle social.

---

<sup>6</sup> Correia (2000) aponta que de 5.506 municípios existentes no Brasil, 5.0201 possuíam conselhos municipais de saúde legalmente constituídos.

<sup>7</sup> Poderíamos falar também do conjunto de manobras utilizadas para, desrespeitando a paridade, garantir a representação de entidade/pessoas subserviente à política do gesto. Entre as mais comuns destacam-se a nomeação de cargos de confiança e funcionários públicos para representarem entidades usuárias, outra é indicar entidades prestadoras como sendo representantes de trabalhadores.

### a) Superação da cultura política oligárquica dos gestores

Constituiu-se historicamente no Brasil uma cultura política de que o poder deve estar com quem sabe, com os engravatados, que o povo não sabe das *coisas*. Portanto, o poder deve estar com os prefeitos, os vereadores, os deputados etc. O que o povo deve fazer é votar e ter uma boa relação com os políticos por que quando precisarem de algum *favor* serão beneficiados por eles. Quem brigar com os políticos nunca consegue nada.

É essa compreensão que alimentou historicamente o que chamamos de patrimonialismo<sup>8</sup>-clientelismo<sup>9</sup>, de coronelismo, da política de favores, do *toma lá dá cá*, caracterizou a ocupação dos espaços públicos para o favorecimento e benefícios particulares.

A existência da lei que estabelece a criação dos conselhos, que regulamenta a sua paridade numérica, por si só, não garante a superação dessa cultura<sup>10</sup>. Embora tenhamos a criação dos conselhos, como já mencionamos, em todos os estados e na maioria dos municípios, ainda estão muito presentes compreensões de que *os conselhos de saúde tiram o poder dos prefeitos e dos vereadores. Que os conselhos devem aprovar o que o prefeito e seu secretário querem, pois são eles que sabem das coisas, foram eles que foram eleitos portanto são eles que devem mandar*.

São inúmeros os casos onde os gestores escolhem os *amigos políticos* para serem os representantes nos conselhos<sup>11</sup> – muitas vezes cooptando direções de entidades –, do secretário de saúde ser o seu presidente, definir a pauta, não descentralizar as informações, marcar as reuniões dos conselhos para o dia que ele quiser, ou até mesmo,

---

8 “Conceito de origem Weberiana e bastante difundido na literatura nacional, o patrimonialismo consiste em gerir a coisa pública como se fosse privada, na não-distinção entre os recursos públicos e os particulares.” (Schidt, 2001, p. 275).

9 “(...) o clientelismo perpassa toda a histórica política do país, constituindo-se, fundamentalmente, numa relação de troca de favores entre agentes políticos, agentes econômicos e cidadãos.” (Schidt, 2001, p. 276).

10 Wendhausen (2002) discutindo a possibilidade de controle social, chama a atenção para a existência de uma cultura de medicalização da saúde, transferindo o poder e a responsabilidade do cuidado a quem domina o conhecimento técnico, o que dificultaria, em muito, a possibilidade concreta de controle social. “O controle social pode ocultar uma estratégia de legitimação da ordem existente e não assumir sua função de participação e resistência, o que pode colocar em risco qualquer tentativa de democratização na área da saúde.” (p. 44).

11 Um exemplo concreto do que estamos falando pode ser encontrado na tentativa um prefeito municipal de desconstituir um conselho eleito para nomear, através de lei municipal, um novo conselho com uma composição que o executivo pudesse, com maior facilidade, controlar. Esse episódio está relatado no texto sobre a história do Fórum Municipal de Saúde presente nessa coletânea.

em casos mais extremos, fazer a ata e mandar um carro da prefeitura pegar a assinatura dos conselheiros em suas casas.<sup>12</sup>

Ao mesmo tempo também temos representantes de associações de moradores e outras entidades que acreditam não poder *brigar* com o prefeito/secretário, pois se não depois ele não vai ajudar.

A qualificação do controle social depende da superação destas compreensões. Pela consciência dos políticos, da população e dos representantes das entidades de que a saúde é um direito de todos e que os governos têm o dever de garanti-la. As consultas, as interações e os atendimentos médicos hospitalares não devem ser entendidos como concessão de favores dos políticos, que em troca querem votos para se perpetuarem no poder.

A compreensão de democracia deve ser aprimorada. É verdade que os prefeitos e vereadores são eleitos e, portanto, representam a população, mas também é verdade que eles devem prestar conta de suas ações, devem ouvir a população e respeitar as decisões dos conselhos de saúde que são deliberativos.

#### b) Qualificação dos conselheiros

São constantes as considerações, por parte de conselheiros ou de estudos acadêmicos, de que um dos maiores obstáculos para o bom funcionamento dos conselhos é a falta de capacitação de seus representantes. Acreditamos que essa é apenas parte da verdade.

Não temos dúvidas que para uma melhor atuação dos conselheiros é fundamental que ele se aproprie da legislação que regula o SUS, que ele tenha noções de orçamento público e conheça, minimamente, o funcionamento do sistema. Por outro lado, a maioria dos gestores não querem compartilhar o poder, não repassam as informações necessárias de forma clara, se revestem de uma área do poder político e do saber técnico para impor suas propostas.

Tatagiba (2002), a partir de dois estudos de caso Raichelis (1998) sobre o Conselho Nacional de Assistência Social e outro sobre o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Rio de Janeiro feito por Camurça (1994) aponta que “os governos têm resistido – de forma mais ou menos acentuada dependendo da natureza do

---

<sup>12</sup> Relatos com essas informações são frequentes no curso de formação de Antes Multiplicadores do direito à Saúde, desenvolvido pelo CEAP e Fórum Sul da Saúde, que reúne lideranças dos três Estados do sul. Também podem ser encontrados em Tatagiba, 2002.

governo e do seu projeto político – às novas formas de fiscalização, controle e participação da sociedade civil no processo de produção das políticas públicas” (p. 79).

É fundamental que os conselheiros se qualifiquem tecnicamente, mas, de igual forma, a mesma importância deve ser atribuída para a qualificação da compreensão política para superar a concepção de que o saber técnico tem maior valor<sup>13</sup>, de que a população e seus conselheiros têm o direito de receber as informações em tempo hábil e de forma clara para que possam tomar as devidas decisões.

Portanto os programas de formações devem superar a dicotomia entre conhecimento técnico e político. O resgate dos princípios da educação popular para orientar e mediatizar a qualificação de conselheiros é fundamental, resgatando as experiências das próprias entidades e organizações populares, associando o conhecimento técnico à possibilidade de constituição do empoderamento do cidadão.<sup>14</sup>

### c) A representatividade dos conselheiros

A função dos conselheiros é representar os interesses das entidades e segmentos da sociedade a que pertencem, nesse sentido, quanto maior vínculo dos conselheiros com sua entidade e de sua entidade com a sociedade – base – maior serão os espaços de diálogo e possibilidade do conselho representar os verdadeiros interesses da sociedade, bem como de ser respeitado pelo gestor.

Nesse sentido, faz-se necessário superar as frequentes composições de conselho onde os conselheiros estão legalmente representando entidades, mas na prática representam apenas interesses pessoais. A clareza por parte das entidades que compõem os conselhos de que devem construir as condições para que o seu represen-

---

<sup>13</sup> Wendhausen (2002) a partir do conceito de poder de Foucault, aponta para a necessidade de tratarmos do poder construído na subjetividade, nas relações específicas que também dificultam o exercício do controle social, na temática específica aborda a cultura de medicalização – forma de relação entre profissionais, instituição e usuário, destituindo este de poder de decisão ou mesmo de iniciativa, entregando-se aos cuidados de quem, supostamente, detém o conhecimento. “Considerando que foi construída determinada subjetividade em saúde, a qual terá estreita ligação com o controle social possível de ser praticado, parece importante questionarmos: até que ponto tal subjetividade permite – ou não –, que pessoas possam decidir sobre quais os procedimentos médicos? Que tipo de assistência consideram necessária à sua vida? Até que ponto tal subjetividade possibilita a autonomia do sujeito em relação às decisões sobre sua vida e o conseqüente controle social sobre as ações de saúde?” (p. 94).

<sup>14</sup> Para aprofundar esse debate ver capítulo 9 deste livro: *A atuação do CEAP em Passo Fundo: educação popular e o exercício do controle social do SUS*.

tante desempenhe sua função e exigir permanentemente, que as pautas dos conselhos sejam discutidas em suas instância diretivas e em suas bases. Quando isso não ocorre as definições tomadas pelos conselheiros não têm representatividade e, na maioria das vezes, os gestores não as implementam, pois a sociedade não sabe o que o conselho definiu e tampouco pressiona o gestor para implementar as definições do conselho.

Em relação aos conselheiros representantes do gestor, é comum que sejam indicados funcionários de pouca representatividade política, na maioria das vezes colocando posições pessoais, não chegando até o conselho a posição do governo. Segundo Tatagiba (2002)

Muitas vezes, isso decorre da pouca importância que o Estado confere a sua participação nos conselhos, mandando para as reuniões pessoas não preparadas para a discussão e com pouco poder de decisão. Essa política de esvaziamento dos conselhos tem se refletido nos altos índices de ausência dos conselheiros governamentais das reuniões e da grande rotatividade destes. (p. 63).

Segundo a mesma autora, a ausência da presença qualificada e representativa dos gestores contribui, em muito, para o esvaziamento da capacidade dos conselhos cumprirem com suas prerrogativas legais. Quando o gestor não debate com seriedade suas propostas no conselho, não as negocia e não as define no espaço do conselho é por que suas decisões são tomadas nos gabinetes e o conselho é considerado e tratado apenas como espaço formal.

Em função dos elementos apontados, é fundamental que o compromisso de compor o conselho deve ser da entidade e não dos indivíduos, bem como a capacitação técnica e política, também, deve ser da entidade, que freqüentemente precisa substituir seu representante no conselho, seja pela dificuldade de ordem pessoal de seu representante ou quando ele não desempenha satisfatoriamente o seu papel.

d) Conscientização da população de seus direitos e da sua condição de cidadania.

Mesmo que a nossa Constituição tenha dezesseis anos e consolide a “saúde como direitos de todos e dever de Estado”, a maioria da população não conhece esse direito. Não assimilou a importância de seus representantes definirem as políticas de atenção à saúde, de fiscali-



zar as ações dos gestores. Foram permanentes, durante todo esse período as campanhas publicitárias buscando demonstrar que o SUS não funciona, que os conselhos são ineficazes. Está muito presente a compreensão política de quem sabe são os técnicos e quem tem poder são os políticos e a população deve *ser boazinha* para receber os *benefícios* dos políticos. Existem muitos vereadores e prefeitos que ainda se elegem em troca de fichas de consultas, autorizações para internações e exames, transporte de doentes, construção de albergues perto dos hospitais em cidades pólo, para servir de abrigo para familiares de hospitalizados.

A construção de uma cultura política cidadã e de consciência dos direitos é fundamental para o funcionamento das políticas públicas, no caso da saúde não é diferente. Nesse sentido, a atuação dos conselhos e das entidades que o compõem, para que se efetive e amplie o controle social não basta fazer o debate das políticas de saúde em quatro paredes, mas conseguir estabelecer um constate diálogo com o conjunto da sociedade.

## 6.4. Considerações

Existem inúmeras dificuldades para a efetivação do controle social das políticas públicas, contudo como coloca com grande propriedade Dagnino (2002), não podemos avaliar esse espaço entre Estado e sociedade civil a partir de uma expectativa de que eles pudessem resolver, de forma imediata, os grandes problemas das relações políticas, da nossa democracia, nem tão pouco da negligência histórica do Estado para com o direito à saúde da população brasileira.

A existência de espaços públicos de participação da sociedade civil e, por si, a possibilidade de, gradativamente, irmos construindo uma nova cultura democrática e cidadã, de reconhecimento do outro, do diferente. Obviamente, para não cairmos em uma visão romântica e ingênua, temos que afirmar que a concretização dessa possibilidade depende, de um lado, da capacidade dos cidadãos e suas organizações qualificarem a sua interlocução e, de outro, do estado, seus representantes e suas instâncias, entender a partilha do poder como um valor a ser almejado.

## Referências

- BOTH, Valdevir; KUJAWA, Henrique. O Brasil e a garantia do direito humano à saúde. In: MOSER, Cláudio; RECH, Daniel (Orgs.). *Direitos humanos no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Coletânea CERIS, ano 1, n. 1. Rio de Janeiro: Mauad, 2003.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.). *Política social e democracia*. 2. ed., São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.
- CEAP. *Direito a saúde com controle social*. Passo Fundo: CEAP, 2003.
- COHN, Amélia. Os governos municipais e as políticas sociais. In: SOARES, José Arlindo; CACCIA-BRAVA, Silvio (Orgs.). *Os desafios da gestão municipal democrática*. 2. ed. São Paulo: Cortês, 2002.
- CÔRTEZ, Soraya. M. V. Participação na área da saúde: conceito, suas origens e seu papel em diferentes projetos de reforma do Estado. *Saúde*. Porto Alegre/RS, v. 1, p. 51-69, 1996.
- \_\_\_\_\_. Conselhos municipais de saúde: possibilidades dos usuários participantes e os determinantes da participação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 14 (sup. 2), p. 7-18, 1998.
- \_\_\_\_\_. Arcabouço Institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio de (Orgs.). *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.
- COSTA, Vanda Maria Ribeiro. Teoria democrática e conselhos de política social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.). *Política social e democracia*. 2. ed., São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.
- DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, espaço público e a construção da democracia no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, Evelina (Org.). *Sociedade civil e espaço público no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- LEAL, Rogério Gesta. Gestão pública compartilhada e organização sociais. In: LEAL, Rogério Gesta; ARAUJO, Luiz Ernani Bonesso de. *Direitos sociais & políticas públicas: desafios contemporâneos*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2001.
- MONNERAT, Giselle Lavina, et al. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na gestão da saúde. In: BRAVO, Maria Inês

Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.). *Política social e democracia*. 2. ed., São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

PEREIRA, Portyra Amazonaide Pereira. Estado, regulação social e controle democrático. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.). *Política social e democracia*. 2. ed., São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

SANTOS, Boaventura de Souza; AVRITZER, Leonardo. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura de Souza (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SCHIMIDT, João Pedro. Condicionantes culturais das políticas públicas no Brasil. In: LEAL, Rogério Gesta; ARAUJO, Luiz Ernani Bonesso de. *Direitos sociais & políticas públicas: desafios contemporâneos*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2001.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAVIGNO, Evelina (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

WENDHAUSEN, Águeda. *O duplo sentido do controle social: (dês)caminhos da participação em saúde*. Itajaí: UNIVALI, 2002.

## Capítulo 7

# Conselho municipal de saúde: um espaço em disputa

Jair Andrade\*

---

### 7.1. Umas breves palavras à guisa de introdução

Neste capítulo pretende-se fazer uma breve recuperação histórica da atuação do Conselho Municipal de Saúde do município de Passo Fundo<sup>1</sup>. Contudo, não se fará essa retomada somente registrando os fatos e os acontecimentos, mas procurando fazer uma *reconstituição das experiências do passado*.<sup>2</sup> Tampouco se fará uma abordagem só a partir da perspectiva local, mas, sim, sempre levando em conta a necessidade de interpretar as questões que envolvem a implementação do SUS e a efetivação do controle social enquanto um fenômeno mais amplo e articulado nacionalmente.

Levando em conta essas ressalvas, abordar-se-á panoramicamente os fatos, tendo como pano de fundo o movimento dos principais agentes sociais envolvidos no processo de disputa social relativo à atuação do CMS desde o seu início até os dias de hoje.

---

\* Ex-coordenador do Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo, educador popular do CEAP, mestrando em Filosofia Social e Política na UNISINOS.

<sup>1</sup> Doravante quando nos referirmos ao Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo usaremos a abreviação CMS.

<sup>2</sup> DIEHL, Astor Antônio. *Do método histórico*. Passo Fundo: Ediupf, 1997, p. 13. Em concordância com o autor aqui citado, de imediato, queremos esclarecer que, no nosso entendimento, história, enquanto ciência, não é só a produção de conhecimento sobre o passado. A história, para nós, precisa ser reinterpretada a partir da práxis cotidiana e tendo à frente a compreensão social consciente da realidade a que se refere.

Para atingir esse objetivo, caracterizar-se-á rapidamente o cenário no qual se deu e se dá a luta política e social pela implementação do SUS em Passo Fundo. Em seguida, com fins ilustrativos e também de forma muito breve, ver-se-á alguns elementos históricos importantes sobre a constituição do CMS, também a maneira como os sujeitos envolvidos no processo e no cenário em questão se relacionaram – e ainda se relacionam –, dando enfoque para as relações entre gestor e os usuários da saúde – Estado e sociedade –, mas sem deixar de analisar aquelas que se engendraram envolvendo cada um dos setores sociais que vieram integrar o CMS trazendo consigo suas particularidades. E, por fim, dar atenção às relações que o próprio CMS, enquanto espaço institucional único, estabeleceu para além de seu espectro interno em direção a outros segmentos sociais constituídos.

## 7.2. Algumas considerações sobre o cenário da pensosa luta pela efetivação do SUS em Passo Fundo

É importante observar como o fenômeno da efetivação do SUS em Passo Fundo ocorre em nível nacional e o desenvolvimento da saúde sob o feitiço de políticas públicas constituídas no Brasil, desde as décadas de 1920 e 1930 do século passado, revelando que os principais e mais graves problemas estruturais dessa área persistem até a contemporaneidade.<sup>3</sup> Nesse sentido, pode-se ver que nos anos de 1930 surgem os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs – que servirão para prover o financiamento da aposentadoria e da assistência médica dos trabalhadores formais no país. E essa assistência se deu em duas modalidades: ora através de serviços próprios, ora por meio da compra de serviços de terceiros.<sup>4</sup> Elias (op. cit., p. 138) nos mostra que

A tensão entre as duas modalidades no interior da previdência irá se resolver [apenas] em 1966, após o Golpe Militar, quando da reunificação a *manu militari* dos IAPs, prevalecendo a modalidade que contemplava a compra de serviços de terceiros. Eis aí a origem do setor privado de saúde

3 Cf. ELIAS, Paulo Eduardo. A saúde como política social no Brasil. In: Associação juízes para a democracia (VV. AA.). *Direitos humanos: visões contemporâneas*. São Paulo: Método, 2001, p. 135 et. seq.

4 Idem.

no Brasil. É através de uma política de Estado que se lançam as bases para a criação do setor privado de saúde no Brasil. Ademais, ele será financiado através da contribuição de empregados e empregadores geridos (sic) exclusivamente pelo Estado.

O primeiro grande problema advindo dessa concepção é que tal sistema somente contemplava aqueles cidadãos que estavam ligados ao mercado de trabalho formal regular; aos demais, restava a *exclusão*. E o segundo grande problema é que a modalidade de compra dos serviços de terceiros através do Estado resultou na legitimação e no conseqüente fortalecimento da mercantilização da saúde.

A institucionalização da mercantilização dos serviços de saúde convencionada na forma como historicamente ocorreu no Brasil vem enfrentar resistências da sociedade mais expressivamente apenas a partir dos anos de 1980, com o movimento pela reforma sanitária brasileira e com a afirmação da idéia de que a saúde precisa, definitivamente, converter-se num direito social, em contraposição à concepção que a considerava uma necessidade dos cidadãos e no que diz respeito a sua satisfação ao Estado somente cabia a intermediação. Assim foi que podemos resumidamente contextualizar a concepção do SUS – estribada nos princípios da assistência universal, gratuita, igualitária e equânime –, bem como o início da sua difusão, cuja aspiração era ver superada a tradicional lógica que, antes de compreender a saúde como um direito social a ser garantido, privilegia a comercialização de serviços e de produtos. No entanto, por todos é sabido que, infelizmente, o SUS ainda não conseguiu – e a nossa luta é para que um dia efetivamente consiga –, superar por completo na saúde do nosso país os fundamentos da livre iniciativa. Na verdade, o núcleo estratégico e central das ações e serviços de saúde continua a ser prestado à sociedade pela iniciativa privada, tendo o Estado um papel de intermediário e *contratante*, por mais que possa incidir sobre a regulação desse *comércio*.<sup>5</sup> Tanto isso é verdade que quando do intenso processo de *reforma do Estado* e de privatizações pelo qual passou o Brasil na década passada, sequer foi trazida à tona a necessidade ou a possibilidade de algo a ser privatizado no setor da saúde, isso porque, em última instância, não

---

<sup>5</sup> Cf. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 32 et seq.

houve e não há muito sob o controle estatal capaz de *interessar* à iniciativa privada a fim de que ela vise agregar aos seus domínios.<sup>6</sup>

Longe de considerar como mera ilustração, bem ao contrário, efetivamente, é a partir do contexto nacional que podemos situar as peripécias envolvendo as forças sociais que tratam da saúde em Passo Fundo. Se quisermos encontrar um lugar onde seja possível comprovar o que nos parágrafos acima se acentuou, esse lugar é Passo Fundo.<sup>7</sup> Nessa cidade podem ser encontrados os mais amplos, completos e desenvolvidos serviços de saúde, tanto hospitalares, como laboratoriais e também profissionais. Passo Fundo é uma cidade na qual os serviços privados de assistenciais à saúde são de ponta enquanto os públicos são de resolutividade ínfima;<sup>8</sup> tem-se nessa cidade um *comércio* altamente lucrativo de produtos e serviços médico-hospitalares, por um lado, e de outro, pouca garantia da saúde como um direito social. E, assim como em todo o Brasil, em Passo Fundo, esse panorama foi se desenvolvendo desde o século passado, tendo, infelizmente, consolidado-se ainda mais nos últimos tempos.

De outra parte, em Passo Fundo também podemos ver se fortalecendo cada vez mais a noção de saúde que o SUS tenta garantir. Nesse sentido, dentre os diversos segmentos sociais, a começar por vários profissionais dos mais diversos setores da saúde, passando pelos trabalhadores da área e chegando a inúmeros cidadãos usuários dos serviços do sistema de saúde, muitos têm se posicionado politicamente a favor do SUS, cristalizando-se, assim, um cenário de disputa e de enfrentamento de posições quando se trata de estabelecer quais os melhores e mais adequados pressupostos a serem adotados pela sociedade e pelo Estado em se tratando do modelo assistencial para saúde pública. Podemos afirmar com tranqüilidade que em Passo Fundo o movimento de forças sociais e políticas que veio à tona na I Conferência Municipal de Saúde, conforme veremos a seguir, foi, na verdade, a consolidação de posições que já vinham se

6 Cf. ELIAS, op. cit., p. 139.

7 Dos quatro hospitais que existem no município, apenas um é público. Em dezembro de 2002, eram ao todo 804 leitos hospitalares existentes na cidade, sendo somente 92 públicos. A cidade é referência para a alta complexidade e nesse sentido todos os serviços – inclusive de urgência, emergência e transplantes de órgãos – são prestados por instituições não-estatais.

8 Para se ter uma idéia, conforme o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico – IDESE – dos municípios do Rio Grande do Sul, divulgado em julho de 2003 pela Fundação de Economia e Estatística – FEE –, que avalia o percentual de crianças nascidas com baixo peso, taxa de mortalidade de menores de 5 anos e expectativa de vida ano nascer, Passo Fundo ficou, no indicador Saúde, em 463º lugar entre os 467 municípios existentes no RS, em 2000, ano da realização da pesquisa.

configurando há bem mais tempo e que, simultaneamente, firmaram-se em vista aos futuros enfrentamentos que estavam por se iniciar. Tudo isso já num cenário em que haveria o tensionamento pela implementação do SUS, fazendo com que o CMS se transformasse no espaço no qual se processariam os debates e os embates emergidos em razão das diferentes visões e concepções que estas distintas forças têm sobre a saúde pública e a organização da sociedade.

### **7.3. Breve resgate histórico a respeito do surgimento do CMS**

Convém esclarecer, antes de qualquer coisa, que o município de Passo Fundo se apresenta, em se tratando dos serviços de saúde, como um pólo regional. Tem-se, como uma das conseqüências desse fenômeno, a composição de forças sociais, políticas e econômicas fortemente articuladas com os segmentos em nível nacional – e porque não dizer até internacional – quando se trata das questões da saúde. Uma forma de reconhecimento dessa importância da capacidade de articulação das forças sociais e políticas da cidade na área da saúde é o fato de a I Conferência Estadual de Saúde ter sido realizada em Passo Fundo, em outubro de 1991, logo após a instituição nacional do SUS.

Por outro lado, essa movimentação de pronto coloca em evidência também na sociedade passofundense as grandes e distintas concepções de saúde vigentes no Brasil, pois, apesar do peso da influência dos elementos de identidade local, em lugar nenhum a sociedade é um bloco monolítico e homogêneo cujos segmentos agem sempre em sintonia. Nesse sentido, então, é que aparece com expressiva importância uma série de disputas envolvendo, de um lado, os setores sociais que defendem saúde pública da forma como o SUS a propõe, e, de outro lado, os setores que – ora agindo evasivamente e em outras vezes nem tanto – se interessam avidamente pela proposta mercadológica de saúde.

Ocorre que essa agitação ilustrada acima tensiona pelo comprometimento simultâneo dos diversos setores da sociedade passofundense que, de alguma forma ou outra, lidam com o tema da saúde. Ou seja, as principais lideranças tanto das instituições de saúde como dos profissionais da saúde, dos trabalhadores e dos movimentos sociais, têm buscado se articular junto com o que de mais



amplo e de mais representativo existe em relação aos seus respectivos segmentos sempre em busca do contato com as posições mais vanguardistas a fim de se *armar* e, assim, sustentar-se na disputa que se trava em relação à proposta de saúde mais adequada e capaz de atender as necessidades impostas pela realidade local e brasileira.

É nesse cenário que surgem os movimentos iniciais para a instituição do CMS e o registro mais notável disso se tem a partir da realização da I Conferência Municipal de Saúde de Passo Fundo, em abril de 1991.<sup>9</sup> E a própria conferência já tratou de demarcar o panorama de disputa no qual estava inserida a sociedade passofundense, pois os mais diversos segmentos – prestadores de serviços, profissionais, governo, trabalhadores e usuários – fizeram questão de estarem presentes ao evento por intermédio de suas entidades e respectivos delegados mais representativos.<sup>10</sup> Convocada por meio do decreto municipal nº 52/91, a conferência tinha três grandes finalidades, dentre elas a de “opinar, se possível, sobre a organização e composição do Conselho Municipal de Saúde, que será remetido (sic) à Câmara Municipal para discussão e aprovação”.<sup>11</sup> E, é claro, nenhum setor social que se encontrava à época envolvido com os debates sobre saúde queria ficar de fora da composição do CMS que estava inevitavelmente para ser formalizado como um espaço político e social por demais importante. Assim, a I Conferência Municipal de Saúde, evento inicialmente previsto para acontecer em *apenas* três dias, teve, por decisão de sua plenária de delegados, a duração estendida para quase um mês.<sup>12</sup> No entanto, mesmo com esse prazo, a comissão que tinha sido tirada para elaborar uma sugestão de organização do CMS não conseguiu consensuar uma proposta comum. A solução foi deliberar pela constituição de um grupo de onze representantes de entidades – entidades essas escolhidas pelos critérios da paridade e da representatividade –, para que trabalhasse à exaustão uma proposta de anteprojeto de lei que seria “posteriormente encaminhado ao Executivo e Legislativo locais”.<sup>13</sup>

9 Cf. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1ª, 1991, Passo Fundo/RS. *Relatório final*. Passo Fundo: Secretária Municipal da Saúde e do Meio Ambiente, s.d., (Mimeo.).

10 Idem.

11 Idem.

12 Conforme consta do *Relatório final*, a previsão de duração era de 25 a 27 de abril de 1991. Porém, foram criadas comissões de trabalho – uma delas exclusivamente para tratar do CMS –, que durante quase um mês se reuniram, debateram e elaboraram propostas. Foi, então, convocada uma nova plenária com todos os delegados para aprovar o *Relatório final* em 25 de maio de 1991.

13 CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1ª, op. cit.

Todo esse processo, da forma como está sendo aqui relatado, revela, em virtude dessas especificidades em que ocorreu, que, já pelo seu início, o CMS estava para se constituir como um espaço em disputa. E o desenrolar do seu ato de criação confirma esse prognóstico, bastando ver que aquele grupo de representantes de entidades criado para definir a organização e a composição do CMS não conseguiu aperfeiçoar um acordo sobre quais seriam os integrantes que fariam parte de tal composição. Chegou-se, isso sim, à conclusão de que a solução seria definir apenas o número de entidades que fariam parte da composição do CMS, mas ficaria assegurada a rotatividade e a possibilidade de renovação permanente por meio do mecanismo do exercício de mandato eletivo. Essa foi a proposta remetida ao Poder Executivo que, por sua vez, remeteu-a ao Poder Legislativo,<sup>14</sup> porém – e aí se nota mais uma vez o grau da disputa –, depois, na Câmara Municipal de Vereadores, houve a mudança dessa parte da proposta original, por meio de emenda legislativa que assentava na lei qual seriam os integrantes do CMS. Uma vez remetido o projeto de lei ao Poder Executivo para que o sancionasse, a pressão foi, então, para que o Poder Executivo contrariasse a alteração feita pelos vereadores exercendo o poder de veto e reconduzisse ao Legislativo Municipal a proposta original. Foi o que ocorreu, e, só então, foi possível aprovar o que havia sido acordado no grupo instituído pela I Conferência Municipal de Saúde.<sup>15</sup> Depois de quase dois anos de intensos debates e grandes discussões, o município de Passo Fundo teria, finalmente, a legislação que instituía o seu Conselho Municipal de Saúde, no início de 1993.

Em abril de 1993 foram, então, escolhidos e empossados aos primeiros conselheiros de saúde do município de Passo Fundo. Composto por trinta e dois membros titulares – cada um com seu respectivo suplente e representando uma determinada entidade –, estava instalado o CMS. Daí em diante, sempre a cada dois anos, seria refeita a composição por meio da escolha democrática levando em conta

---

<sup>14</sup> Idem. Entende-se que essa *solução* para o problema da composição do CMS é por demais valiosa em se tratando do respeito à democracia e ao princípio da participação da comunidade na definição do SUS. Nenhuma entidade tem *cadeira cativa* no colegiado e a própria comunidade avalia, respeitados os pressupostos legais, qual deve ser o grau de renovação e, ao mesmo tempo, de continuidade da representação.

<sup>15</sup> Pode-se verificar isso na legislação municipal que cria o CMS. Tem-se a lei municipal nº 2.840, de 17 de dezembro de 1992, cujo artigo 4º foi vetado pelo Poder Executivo. E tem-se a lei municipal nº 2.852, de 18 de janeiro de 1993, que dá nova redação ao artigo 4º da lei municipal nº 2.840/92 respeitando o acordo construído no grupo de representantes de entidades criado para elaborar o anteprojeto de lei original.

a autonomia da sociedade definida na legislação municipal, que, ao mesmo tempo em que referendava a manutenção de determinadas entidades, também promovia a substituição de algumas por aquelas que, tendo antes ficado de fora, manifestavam-se interessadas em integrar o colegiado.<sup>16</sup>

## 7.4. A relação entre o gestor da saúde e a sociedade no CMS

Muita coisa se transformou desde que se implementaram os primeiros conselhos de saúde no Brasil e não foi diferente com Passo Fundo. A mais importante constatação necessária a ser feita nesse ínterim diz respeito à relação entre sociedade e Estado.

Na verdade, quando se consolidou com a Constituição de 1988 a necessidade da participação da comunidade na definição das políticas públicas – a partir da superação da idéia de que a administração pública não é só a gestão daquilo do que é estatal, em favor da concepção de que gestão pública é a gestão do espaço público enquanto espaço que envolve Estado e as organizações da sociedade<sup>17</sup> –, muito se apostou nos conselhos, sejam eles da saúde, da educação, da assistência social, dentre outros, como instrumentos potencializadores da sociedade civil e enquanto arranjos institucionais controladores da ação do Estado. Esperava-se que esses espaços pudessem resolver o problema de muitos setores sociais brasileiros sedentos por exercer ativamente a cidadania política. Tinha-se a expectativa de que, por meio dos conselhos, se não de um todo, ao menos naquilo que é mais premente – que são as políticas públicas –, a sociedade teria espaços para influenciar o Estado e definir-lhe os rumos. Hoje, há controvérsias quanto ao efetivo resultado dessa estratégia, se ela de fato teria ou não atingido os objetivos a que se propunha. De nossa parte, estamos seguros de que seria um engodo afirmar que os conselhos fracassaram e que não deram conta daquilo que deles se aguardava. Mas, seria igualmente ilusão afir-

<sup>16</sup> Durante quase dez anos nunca foi questionada essa fórmula de escolha da composição do CMS. Ela só veio a sofrer um ataque, de parte do Poder Executivo Municipal, em 2002, que, por meio de um projeto de lei enviado à Câmara de Vereadores pretendia determinar, em lei, quais deveriam ser as entidades componentes do colegiado. A reação de inúmeros segmentos sociais organizados foi imediata e caiu por terra tal tentativa.

<sup>17</sup> Cf. KEINERT, Tania Margarete Mezzomo. *Administração pública no Brasil: crises e mudanças de paradigmas*. São Paulo: Amnablume/Fapesp, 2000, p. 61-73.

mar que eles cumpriram com tudo o que se ansiava que pudessem responder. É, não obstante, preciso que salvemos os conselhos como espaços para o exercício da cidadania e de legitimação da ação da sociedade perante o Estado. Na verdade, em relação a esses espaços, o problema não está no instrumento enquanto tal, nem na definição do papel, nem do caráter assim como foi e está definido. Está, ao nosso ver, na imprecisa caracterização e compreensão da forma como se processa a relação entre sociedade e Estado a partir das idéias vigentes na tradição política brasileira – se é que se pode dizer que no Brasil há realmente em relação a isso uma *tradição* no estrito sentido do termo. Em outras palavras, não basta tão somente delegar aos conselhos, por mais representativos e bem arranjados que possam ser, a missão de se afirmarem enquanto espaços que a sociedade disporá para controlar o Estado. E por que não?

Ocorre que, na prática, a sociedade não se constituiu unívoca e homogeneamente. Diante disso, em primeiro lugar,<sup>18</sup>

trata-se de esclarecer que seria ingenuidade acreditar que a sociedade poderia construir consensos por si mesma em torno de questões muito delicadas como é o caso das políticas públicas de saúde. Na verdade, a sociedade é composta de grupos, movimentos e organizações que entre si possuem os mais diversos interesses. Seria, portanto, natural que esses interesses fossem entrar em conflito mesmo quando de tratasse de estabelecer uma relação com o Estado. E além de interesses diversos, esses mesmos agentes sociais possuem natureza política e organizativa quase nunca semelhantes. Sendo assim, também é notório que uns seriam mais corporativos que outros e passariam a agir defendendo apenas os interesses do grupo social que representam. Também parece óbvio que muitos desses agentes sociais seriam menos organizados que outros e por isso se deixariam ser capturados e usados para fins de interesses particulares. E, diante de todas essas questões, a sociedade tende a se fragilizar e enfrentar dificuldades na hora de se relacionar com o Estado em se tratando da definição das políticas públicas de saúde.

---

<sup>18</sup> Deste momento do texto em diante, todo o restante desse parágrafo e também o parágrafo seguinte foram extraídos do texto *O direito de cidadania e as estratégias de controle social*, de nossa autoria (Mimeo.), elaborado em julho de 2003 e apresentado em palestra na Pré-Conferência dos Usuários, na cidade de Londrina/PR, em 02 de agosto do mesmo ano. E, também, sobre as questões que envolvem a relação da sociedade com o Estado, conferir: SARTRE, Jean-Paul. *Questões de método*. In: *Crítica da razão dialética*. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p. 19-72.

Em segundo lugar, é preciso levar em conta que é próprio da natureza do Estado concentrar poder. Inclusive, quem dirige o Estado, sabendo disso, o faz direcionando a ação no sentido de fortalecer os setores e segmentos sociais com os quais mais se identifica. Obviamente que isso iria permitir que se explicitassem ainda mais as diferenças entre os agentes sociais que, em tese, deveriam estar coesos para obrigar o Estado a agir em favor do *bem comum*. Também é evidente que, em razão da recusa de compartilhar o poder decisório, o Estado iria boicotar a participação que lhe cabe, por meio seus representantes devidamente indicados, nos espaços de controle social, e que iria, também, influenciar o máximo que pudesse na definição sobre as agendas e pautas de discussão e de negociação nesses mesmos espaços. Por fim, também é bastante compreensível que o Estado, sempre que pudesse, iria se recusar a acatar as decisões do controle social. Ou seja, de parte do Estado dificilmente poderia haver atitude diferente do que a de neutralizar e enfraquecer as instâncias de participação da comunidade no SUS.

Na verdade, em se tratando de sociedade e Estado, convém que continuamente seja levado em conta que os agentes sociais nem sempre hão de ver o Estado a partir de uma concepção comum. Diante disso, para uns pode haver a necessidade de enfrentar o Estado em determinada situação, já para outros, o contrário. E logo mais adiante a situação pode se inverter, haja vista os diferentes interesses em jogo. Na experiência brasileira, nesse movimento aparece inevitavelmente uma das maiores contradições envolvendo a relação sociedade e Estado em se tratando dos conselhos: o fato de haver a transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade, seja porque a sociedade aceita essa situação, seja porque o Estado impõe tal perspectiva.

Todos esses fenômenos podem ser perfeitamente identificados na história do SUS em Passo Fundo e, por decorrência, na história do CMS, fazendo a trajetória desse espaço semelhante ao que, em grande parte, ocorreu no restante do Brasil.

Um dos primeiros aspectos a ser destacado em particular referente à atuação do CMS é o da constituição desse espaço como um espaço de legitimação e de articulação das propostas e políticas para a saúde, oriundas dos setores populares ligados ao SUS em Passo Fundo. Porém, para que isso pudesse ocorrer, uma grande disputa por hegemonia<sup>19</sup> no CMS sempre se fez presente, tendo em vista as

---

<sup>19</sup> Na acepção gramsciana do termo. Cf. GRAMSCI, A. In: SADER, Emir (Org.). *Poder, política e partido*. 2. ed., Tradução de Eliana Aguiar. São Paulo: Brasiliense, 1992, p. 43-55.

diferenças de concepções sobre a saúde e sobre a organização social existentes entre os agentes sociais que compuseram esse colegiado em seus distintos momentos. Como vimos acima, os representantes da sociedade civil raramente se posicionam igualmente em relação às temáticas da saúde, e portanto, fez-se – e ainda continua a se fazer – também no CMS uma luta intensa para transformá-lo em instrumento a favor dos princípios do SUS. E para que isso pudesse de fato ocorrer, logo de início (mais precisamente a partir de 1994) os setores populares passaram a se articular muito mais a partir da concepção de saúde que tinham e muito menos em razão da identidade comum que tinham enquanto representantes da sociedade no colegiado.<sup>20</sup> Inclusive isso permitiu que outros setores ligados à saúde, – como alguns profissionais e trabalhadores – logo se aliassem aos setores populares, identificados como usuários, em favor da idéia da efetivação do SUS.

A partir dessa *consolidação de posições*, de saída se estabeleceu uma relação de confronto entre o CMS e o gestor, uma vez que, apesar das sucessivas mudanças ocorridas no período, tanto no CMS como na gestão municipal, nunca houve sintonia entre o poder público municipal e o movimento social que luta e defende o SUS em Passo Fundo. Se de um lado a vontade e o esforço por implementar o SUS em sua acepção integral hegemonizaram a atuação do controle social, de outro lado a manutenção da lógica da mercantilização da saúde encontrava eco no poder público. Por isso é que, realmente, o CMS se transformou, simultaneamente, em espaço de luta e num espaço em disputa explicitando no confronto os interesses em jogo em se tratando da saúde, e, nesse sentido, fazendo com que o gestor municipal também se posicionasse contrariamente em relação ao controle social. Foi assim quando o gestor municipal da saúde, compelido pelas deliberações da II Conferência Municipal de Saúde, de 1994, deveria fazer o plano municipal de saúde, o fez, porém, no instante em que esse plano deveria ser submetido ao CMS para deliberação e aprovação, o mesmo gestor se negou a fazê-lo, passando a *esconder* seu conteúdo do conhecimento do controle social. O CMS, de pronto, acionou o Poder Judiciário que, por sua vez, determinou que se cumprisse a legislação do SUS e que o plano municipal de saúde fosse levado ao conhecimento e à deliberação do controle social.

---

<sup>20</sup> Formou-se o Fórum de Luta Pela Saúde que existe até hoje e articula diversas entidades sociais e populares que querem a implementação do SUS, independentemente de comporem o CMS ou não. Inclusive nesse Fórum são debatidas e concebidas as propostas e estratégias de atuação do controle social da saúde em Passo Fundo, seja em relação ao CMS, seja em relação às conferências.

E assim se sucedeu em inúmeros outros casos, principalmente envolvendo a implantação de ações e serviços de saúde – política de medicamentos, fornecimentos de exames, fornecimento de consultas especializadas etc.

No fundo, o que sempre esteve em jogo foi a necessidade de construir uma agenda eficaz para a efetivação do SUS em Passo Fundo: de um lado a posição daqueles setores sociais que isso pleiteiam e de outro a posição daqueles que resistem.<sup>21</sup> Nesse sentido, duas observações merecem destaque em relação aos CMS. A primeira diz respeito à capacidade desse espaço de conseguir apresentar para o debate as grandes bandeiras em favor da saúde pública sempre em sintonia com o que estava sendo debatido em nível nacional e é bom ressaltar que isso ocorreu no decorrer de toda a história do CMS e continua sendo ainda hoje. E a segunda observação é relativa ao fato de que nos tensionamentos que se explicitaram envolvendo, de um lado, a concepção de saúde do SUS – hegemônica, mas não exclusivamente pelo CMS – e, de outro lado, a concepção de saúde mercadológica – sustentada, mas também não exclusivamente pelo gestor municipal da saúde – sempre era possível ver refletido o recorrente tema envolvendo o papel do Estado em relação à garantia da cidadania por meio da necessidade de promoção dos direitos sociais. Ou seja, tanto no interior do CMS como na relação desse com o gestor – Estado –, explicitava-se sempre a tensão entre forçar ou amenizar a intervenção do Estado na busca pela diminuição das diferenças sociais que impedem a realização da cidadania a partir da restauração da dignidade e do reconhecimento do ser humano como um ser pleno de direitos.

## 7.5. A relação do Conselho Municipal de Saúde com a sociedade

Notoriamente, a idéia de que era preciso assumir certa responsabilidade na definição e na implementação da política de saúde aos poucos, no decorrer do tempo e de certa forma até mesmo sem ser

---

<sup>21</sup> Deve-se frisar que embora o embate social e político em relação à saúde em Passo Fundo permite identificar o perfilamento dos agentes e respectivos setores a partir de concepções específicas, nem sempre as posturas de cada um dos agentes pode ser considerada como dada a priori. Em muitos casos houve e ainda continua havendo a construção de consensos que não necessariamente se dão por princípio em razão das posições iniciais de cada um dos agentes envolvidos.

percebida, foi tomando conta dos integrantes do CMS, principalmente dos que defendiam o SUS e seus pressupostos. Isso foi levando, aos poucos, esse colegiado a debater internamente em vista à tomada de decisões que promovessem a ampliação das suas relações na sociedade, para que não ficasse refém do infausto confronto com o gestor municipal.

Em direção, assim, a uma relação política e social mais ampla envolvendo outros agentes institucionais, o CMS empreendeu movimentações de aproximação com o Ministério Público, com o Poder Legislativo e com inúmeras outras entidades da sociedade civil, sempre objetivando a mobilização para promover a defesa da saúde pública e do interesse da cidadania. Em conjunto com esses segmentos foram promovidas audiências públicas para tratar desde a denúncia da falta de resolutividade dos serviços de saúde ou então para promover *acordos* em relação aos procedimentos que, conforme o caso, fossem necessários para empreender melhorias no atendimento.<sup>22</sup> Também foram realizadas feiras populares de saúde com foco centrado na divulgação dos direitos do cidadão em relação à saúde e sobre como proceder para acessar estes direitos. Toda essa movimentação traduzia, em suma, uma incansável luta para superar a idéia que insistia em se espalhar na sociedade passofundense de que o direito à saúde está fadado a não ser contemplado se ficar sob a tutela do Estado.

Merece que destaquemos, também, a atuação do CMS na construção e organização das conferências municipais de saúde. Sempre o CMS foi protagonista nesses eventos, promovendo na sociedade local intensos debates preparatórios, aproveitando para divulgar e fortalecer o SUS que geralmente no senso comum era e é tido como um fracasso. É certo que se os agentes sociais que concordam com o SUS não se mobilizassem para as ações e atividades públicas em favor desse sistema, inclusive por meio do CMS, com certeza muitas ações, principalmente as conferências, seriam fadadas à frustração.

Ainda visando afirmar a posição da maioria de seus integrantes e defender a concepção em favor da saúde pública, o CMS, en-

---

<sup>22</sup> Inclusive esse movimento do CMS em direção ao Ministério Público é considerado uma experiência exitosa e modelar e teve repercussão nacional em razão de uma pesquisa realizada pelo Instituto Polis, de São Paulo, no ano de 2002. O resultado dessa pesquisa foi, inclusive, publicado: SPOLLE, Marcus Vinicius; BALCÃO, Nilde. O conselho municipal de saúde de Passo Fundo/RS. In: BALCÃO, Nilde; TEIXEIRA, Ana Cláudia. *Controle social do orçamento*. São Paulo: Instituto Pólis, 2003, p. 81-99.



quanto instituição, também optou por se articular mais ativamente com a imprensa local, e para tanto, produzia informações e demandava matérias, entrevistas e denúncias que renderam reportagens nos órgãos da imprensa escrita, falada e televisionada da cidade. Ultimamente, inclusive, o CMS chegou a realizar um programa semanal em uma emissora de rádio local, visando difundir as atividades do colegiado, bem como explicitar e divulgar os propósitos do SUS.

Como se pode notar, todo um conjunto de valiosas articulações e movimentações foi e continua sendo protagonizado pelo controle social intermediado pelo CMS em Passo Fundo envolvendo inúmeros setores sociais. Isso prova a vitalidade e a grande capacidade que esse espaço institucional tem para fazer história.

## 7.6. Breves idéias a título de conclusão

Em poucas palavras, a noção que brota de tudo o que se tratou aqui é que o sucesso do controle social, definitivamente, não pode depender exclusivamente dos conselhos, mas que a defesa e a construção do SUS precisam ser intensificadas em rumo a outros espaços e agentes sociais comprometidos com a transformação de uma sociedade cujas desigualdades revelam um clamor por melhorias e superação. Ocorre que, definitivamente, a proposta de saúde que fundamenta o SUS é um projeto político e arriscamos dizer isso a partir do nosso modesto conhecimento obtido em razão da experiência que tivemos na atuação nos espaços de controle social. E, assim sendo, implica em acreditar que não basta tão somente exigir e lutar pela implementação de um sistema de assistência à saúde, mas na aproximação dos diversos agentes sociais comprometidos com a efetivação da dignidade humana para a busca da qualidade de vida e pelo respeito à cidadania. Esse comprometimento deve dar conta de responder por exigências que vão da necessidade de democratizar o Estado brasileiro, que passam pela priorização das políticas públicas e que chegam à valorização de cada ser humano enquanto um ser único pleno de importância exclusiva.

Nesse sentido, é imprescindível que um conselheiro de saúde, enquanto agente e lutador social, não se furta em ser um agente políti-

co por excelência, capaz de absorver a força da luta política<sup>23</sup> como instrumento para a afirmação tanto da sua cidadania como da de seus iguais. Isso porque parte-se da constatação de que os problemas principais da saúde pública, ao contrário do que pensa o senso comum, são muito mais de ordem essencialmente política por mais que o setor enseje complicadas questões de ordem técnica.<sup>24</sup> Da mesma forma, podemos afirmar com tranquilidade que no Brasil não é o SUS que está em crise, como muitos tentam falsamente propagandear. Na verdade, o que está em questão é a garantia da saúde enquanto direito fundamental. Essa é a crise que precisa ser superada e, ao contrário do que muitos pensam, acreditamos que o SUS, com os seus princípios constitucionais e com os seus espaços de controle social, cada vez mais, precisa ser consolidado como a alternativa capaz de superar tal crise em direção à viabilização da garantia desse direito inalienável de cada ser humano.

Por fim, em Passo Fundo, como de certo em todo o Brasil, a tarefa dos lutadores e lutadoras sociais que aspiram ver o SUS organizado, fortalecido e resolvendo as demandas sociais que lhe são próprias, precisam, a partir da experiência riquíssima até aqui acumulada, ter como desafio privilegiado o avanço em busca da superação, sem esquecer o passado, mas se apoiando nele e nele se espelhando.

## Bibliografia

BALCÃO, Nilde; TEIXEIRA, Ana Cláudia. *Controle social do orçamento*. São Paulo: Instituto Pólis, 2003.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, I, 1991, Passo Fundo/RS. *Relatório final*. Passo Fundo: Secretaria Municipal da Saúde e do Meio Ambiente. (Mimeo.) s.d.

DIEHL, Astor Antônio. *Do método histórico*. Passo Fundo: Ediupf, 1997.

ELEIAS, Paulo Eduardo. A saúde como política social no Brasil. In: Associação juízes para a democracia (VV. AA.). *Direitos humanos: visões contemporâneas*. São Paulo: Método, 2001.

---

<sup>23</sup> Luta política aqui entendida não necessariamente como comprometimento partidário, mas como envolvimento que se desdobra a partir da tomada de posição diante da realidade e das diferenças existentes na sociedade.

<sup>24</sup> CF. ELEIAS, op. cit., p. 136-137.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Tradução de Roberto Machado. 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

GRAMSCI, A. In: SADER, Emir (Org.). *Poder, política e partido*. 2. ed., Tradução de Eliana Aguiar. São Paulo: Brasiliense, 1992.

KEINERT, Tania Margarete Mezzomo. *Administração pública no Brasil: crises e mudanças de paradigmas*. São Paulo: Amnablume/Fapesp, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, 2º, Brasília, 1998: efetivando o controle social. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

PASSO FUNDO (Município). Lei Complementar nº 69, de 14 de janeiro de 1999. *Leis complementares*, Passo Fundo: Câmara Municipal de Vereadores. (Mimeo.) s.d.

\_\_\_\_\_. Lei nº 2.840, de 17 de dezembro de 1992. *Leis ordinárias: 1992*, Passo Fundo: Câmara Municipal de Vereadores, Mimeo, s.d.

\_\_\_\_\_. Lei nº 2.852, de 18 de janeiro de 1993. *Leis ordinárias: 1993*, Passo Fundo: Câmara Municipal de Vereadores, Mimeo, s.d.

\_\_\_\_\_. Lei nº 3.005, de 28 de abril de 1995. *Leis ordinárias: 1995*, Passo Fundo: Câmara Municipal de Vereadores, Mimeo, s.d.

SARTRE, Jean-Paul. Questões de método. In: *Crítica da razão dialética*. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE DO RS. Conferência Estadual de Saúde, 1ª, Passo Fundo/RS, 1991. Saúde: municipalização é o caminho. *Relatório final*. Porto Alegre: CORAG, s.d.



---

## Capítulo 8

---

# Fórum municipal de saúde: a organização como garantia do controle social

*Valdevir Both\**  
*Volmir Brutscher\*\**

---

### 8.1. Introdução

Este capítulo objetiva recuperar e analisar o processo de luta articulada das organizações sociais pela efetivação do direito humano à saúde em Passo Fundo, isto é, o significado e a importância da constituição de um espaço político-organizativo popular na saúde - conceituado, a partir de um determinado período, de Fórum Municipal da Luta pela Saúde – que se propunha a pensar e atuar estrategicamente na implementação do SUS na cidade.

O capítulo se apresenta em quatro partes. A primeira parte recupera, rapidamente, os aspectos conjunturais, com ênfase no município de Passo Fundo, que incidiram para a criação do Fórum Municipal da Saúde; a segunda parte analisa a ação política do Fórum, desde sua construção, na luta pela implementação do SUS no município e região; a terceira parte reflete sobre os limites e dificuldades que acompanharam a ação do Fórum e qual seu impacto para a luta da saúde; por último apontam-se alguns desafios atuais do Fórum e algumas considerações sobre a análise feita.

---

\* Educador popular do CEAP, mestrando em Filosofia pela Unissinos e secretário regional do MNDH-Região Sul.

\*\* Educador popular do CEAP e mestre em Educação pela Universidade de Passo Fundo – UPF.

## 8.2. A luta pela reforma sanitária em Passo Fundo e a construção do Fórum Municipal da Saúde

Na segunda metade da década de 1980 intensifica-se em Passo Fundo uma reação ao modelo de saúde implantado no município e região.<sup>1</sup> Um dos fatos emblemáticos, que mostrava o drama das pessoas que precisavam de atendimento médico, era a *ala dos indigentes* de um dos hospitais da cidade. Os cidadãos que não contribuíam com a previdência social, contavam apenas com a caridade, de forma tal que lhes era ferida a dignidade ao precisarem se declarar como indigentes. Essa situação caótica da saúde em Passo Fundo, que não se diferenciava da maioria dos municípios do Brasil, fez com que algumas entidades ligadas ao movimento sindical e alguns profissionais de saúde decidissem acompanhar mais de perto a situação dos serviços de atenção à saúde.

A preocupação dos militantes e das entidades era a necessidade de implementar um novo modelo de saúde no município, que devesse contemplar princípios como universalidade, equidade e integralidade, aprovados na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). Nesse sentido, algumas pessoas começaram a participar da CIMS<sup>2</sup> em 1987. A participação popular ainda era tímida e dificultada por representantes do gestor municipal e prestadores de serviços de saúde com argumentos de que a saúde deveria ser construída por *técnicos* da área. Os questionamentos dos movimentos e entidades populares pouco eram levados em consideração ou até impedidos de serem feitos por esse grupo. De outro lado, o movimento popular tinha o apoio de alguns profissionais importantes que participavam da CIMS. Esses profissionais defendiam a importância e a necessidade do envolvimento das entidades representativas da sociedade nesse espaço.

Aos poucos, algumas entidades foram participando e compreendendo melhor a realidade da saúde no município. Esse é um momento importante porque reúne profissionais e representantes de entidades que vão construindo uma identidade em torno da luta pela saúde. A articulação em torno da saúde intensifica a presença des-

<sup>1</sup> Sobre a situação da saúde em Passo Fundo, ver, entre outros, o texto de Bernadete Dalmolin e Mottin, capítulo cinco desta obra.

<sup>2</sup> CIMS – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, em Passo Fundo foi oficializada em 28 de setembro de 1985.

sa temática na pauta de luta do movimento popular e, principalmente, sindical.

Em 1989, o movimento social conseguiu que a CIMS fosse coordenada por um representante dos profissionais que se identificava com os princípios do SUS. Isso garantiu maior abertura para a sociedade que começou a participar mais desse espaço. A CIMS passou a ser um espaço importante na construção e implementação de uma nova proposta de saúde.

Um marco importante na saúde no município foi no ano de 1991, quando do acontecimento da primeira Conferência Municipal da Saúde. Na Conferência, a participação popular não era muito grande. O movimento social ainda não tinha construído um processo de acúmulo de linhas gerais para a saúde, como aconteceu na Conferência posterior. Uma das principais reivindicações do movimento social na primeira Conferência, era a imediata aprovação da lei de criação do Conselho Municipal de Saúde. Sua implantação representava a concretização de um instrumento importante pós-ditadura pelo seu potencial de “estabelecer novas bases de relação Estado - Sociedade” (BRAVO, 2002, p. 43). A implantação somente viria a acontecer em 17 de dezembro de 1992<sup>3</sup>, depois de muita luta da sociedade.

A discussão e disputa em torno da composição do Conselho foi muito grande no período imediatamente posterior à Conferência, em função até da mesma não ter chegado a nenhum acordo sobre esse ponto. Buscava-se, além disso, um processo mais democrático e representativo àquele vivido na experiência da CIMS. Para o movimento social era um novo espaço de luta que se abria. “Um novo instrumento de expressão, representação e participação, dotados de potencial de transformação política.” (GOHN, 2000, p. 36). O movimento social ocupou espaço importante no Conselho desde seu início em 1992.

Nesse período estava se iniciando a implementação do SUS no Brasil. Estando num período de transição entre um modelo de saúde antigo e falido e outro completamente novo, o movimento social em Passo Fundo avaliava a necessidade de se envolver de forma intensa para que o SUS fosse assumido pelo poder público, ou seja, pelo Estado. Ademais, porque

---

<sup>3</sup> Lei nº 2.840/92, aprovada na gestão de Airton Dipp/Carlos Armando Salton.

Enquanto no Brasil estávamos aprovando uma Constituição que incorpora mecanismos democratizadores e descentralizadores das políticas sociais, que amplia direitos sociais, fortalecendo a responsabilidade social do Estado, os modelos de Estado social entram em crise no plano internacional, tanto os Estados de bem-estar social quanto o Estado socialista. E desse processo emerge uma crise mais ampla, que desemboca no chamado projeto neoliberal e nas propostas de redução do Estado e de seu papel social. (RAICHELIS, 2000, p. 41).

De nada adiantava construirmos uma proposta de sistema de saúde com princípios tão importantes para o país se não tivéssemos o compromisso de ajudar e, principalmente, fiscalizar sua implementação. Sem uma presença firme e forte do movimento social, as velhas práticas de gestores e do mercado da saúde se sobreporiam ao direito humano à saúde.

Participar ativamente do Conselho Municipal de Saúde, para o qual as entidades deveriam ter um processo permanente de qualificação, representava um caminho importante de construir e implementar o SUS. Mas logo as avaliações davam conta da limitação desse espaço por si só, na medida em que os conselheiros atuavam de forma isolada, sem uma articulação e mobilização mais amplas com o conjunto de entidades que tinham compromisso com a saúde pública naquele período. Embora com potencial transformador, “isto depende de como vão ser implementados e operacionalizados. O Conselho em si, enquanto exigência da lei, não garante nada.” (GOHN, 2000, p. 35). Essa limitação aumentava porque a atuação do Conselho era dificultada pelos gestores que relutavam em implementar o SUS e não reconhecendo a legitimidade da participação popular .

O Conselho, pela sua composição heterogênea, onde os representantes dos governos articulados junto aos interesses privatistas e mercantis da saúde exerciam maior poder em função dos mecanismos específicos, se tornava limitado e insuficiente, pois, as entidades usuárias e algumas profissionais se sentiam impotentes frente às discussões feitas e propostas aprovadas.

Essa heterogeneidade na composição dos Conselhos aponta para a necessidade de criar uma retaguarda mais ampla na sociedade civil, onde se possa construir consensos para balizar as posições das entidades que neles têm assento e que são os fóruns, frentes, redes de cidadãos, entidades e movimentos sociais. (GOHN, 2000, p. 99).

Essa avaliação contribuiu para que em 1993, as entidades que agora já tinham maior acúmulo na temática e uma incidência em espaços como o Conselho Municipal da Saúde, optassem pela criação de um Fórum, inicialmente chamado de Fórum dos Usuários, e mais tarde de Fórum Municipal da Saúde.<sup>4</sup>

Surgia, assim, uma proposta alternativa para implementar de forma mais qualificada o princípio constitucional da participação popular. Foi também um momento em que a sociedade organizada fez da pauta da saúde um processo de disputa de projeto sociopolítico mais amplo, possibilitado pelo conceito de saúde presente no SUS. Conforme a lei nº 8.080/90,

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990)

O fato de entender a saúde não de forma isolada, mas como sendo determinada e condicionada a partir de diversos fatores presentes num projeto de desenvolvimento, teve um potencial muito forte de mobilização da sociedade organizada. Daí aos poucos se fortalece a organização de um Fórum que aglutinava profissionais, entidades sindicais e populares, ONGs, igrejas e lideranças diversas.

## 8.3. A consolidação do Fórum

### 8.3.1. A luta pela implementação do SUS

No ano de 1993, o movimento social tinha presente a importância estratégica da luta da saúde para melhorar as condições de vida da população e para discutir um projeto de desenvolvimento mais amplo para a cidade. Aproximava-se a II Conferência Municipal de Saú-

---

<sup>4</sup> Nesse período, essas entidades têm o apoio de um vereador do campo democrático-popular na cidade que se elegeu em 1992 e tomou a saúde como uma pauta prioritária. Tem assessoria metodológica do Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP – que reafirma nesse período a saúde como uma de suas linhas de ação. Sobre a ação do CEAP na luta da saúde em Passo Fundo ver o capítulo 9 desta publicação *A atuação do CEAP EM Passo Fundo: educação popular e o exercício do controle social do SUS*. Tem, ainda, uma contribuição decisiva de alguns profissionais que vêm nesse espaço uma estratégia de avanço da saúde pública em nível local.



de. O objetivo do Fórum nesse período era ter um espaço amplo, pouco burocrático, aglutinador, plural, com a participação de todas aquelas entidades e lideranças que se identificavam com a proposta do SUS, para construir uma estratégia de discussão e mobilização para a II Conferência Municipal de Saúde. Ou seja, “a Conferência não pode ser o espaço onde somente o gestor fala e apresenta as ações feitas por ele. Deve propiciar que a sociedade diga como está vendo a política da saúde e quais são os grandes desafios” (CEAP, 2003, p. 39). Uma Conferência com ampla mobilização social onde a sociedade estivesse qualificada para a discussão política era fundamental naquele momento para construção e implementação de outro modelo de saúde local.

Segundo relato de lideranças da época, as entidades e militantes da saúde passavam muitas noites e finais de semana pensando e preparando essa Conferência. Como a proposta do SUS era recente, tornava-se necessário que todos se qualificassem nessa discussão entendendo o que realmente significavam os seus princípios. Conforme relata uma liderança, “era difícil, porém necessário, que discutíssemos e entendêssemos bem o significado daquelas diretrizes do SUS”. Além disso, outro desafio muito grande era pensar o sistema de saúde para a realidade de Passo Fundo, que já era um grande pólo regional – com grande capacidade instalada. Os dados ou indicadores de saúde eram poucos e o acesso era dificultado pelos órgãos públicos. Mas a esperança de mudar a realidade alimentava a luta e fazia com que as dificuldades fossem superadas de forma coletiva e criativa.

A partir da articulação entre os diversos sujeitos sociais, constroem-se linhas de ação para a saúde no município e uma proposta metodológica de mobilização da população para a II Conferência Municipal de Saúde.<sup>5</sup> Com base nos pressupostos da Educação Popular, foram feitas mais de 40 reuniões em locais diferentes na cidade de Passo Fundo. A média de público era de 40 pessoas. Esses dados mostram que participaram mais de mil e quinhentas pessoas nas referidas reuniões. Nessas discussões, a população era convidada a falar e refletir sobre a realidade da saúde a partir dos seus principais problemas.<sup>6</sup> Com base neles, construía-se as propostas que

---

<sup>5</sup> Para desenvolver o trabalho junto à população nas diferentes vilas da cidade, o grupo usou um recurso pedagógico pouco comum na era atual da informatização. Levavam consigo um cartaz no qual estava desenhado um trenzinho que se propunha a expressar uma proposta de organização do sistema de saúde em Passo Fundo à partir da concepção do SUS. O curioso é que o famoso cartaz esteve presente em quase todos os locais onde se fazia a discussão.

<sup>6</sup> Uma equipe de sistematização organizou essas discussões em: 1) problemas-doenças do povo; 2) problemas de gestão e 3) problemas do controle social e participação.

pudessem ser uma resposta a esses problemas e apontava-se a importância da população participar da II Conferência e participar num processo permanente de controle social pós-conferência.

Além de mobilizar a sociedade para a Conferência, o objetivo era publicizar o princípio do controle social presente no SUS e contemplado pela Constituição de 1988. As entidades do Fórum tinham presente o limite da legislação caso não houvesse mobilização social para legitimar e cobrar sua efetivação. Nesse sentido, refletia-se a importância da população participar das diferentes instâncias como das conferências de saúde e do Conselho de Saúde, mas também em ações articuladas da sociedade como as do Fórum de Saúde.

Como estratégia de descentralização das discussões as reuniões escolhiam comissões de saúde nas vilas. Essas, tinham a responsabilidade de ampliar a discussão da saúde no seu local e fazer os preparativos para a Conferência. O objetivo do Fórum era fazer, nesses locais, um debate permanente da temática após a Conferência, por isso a importância dessas comissões. Seria uma forma de monitoramento das deliberações. Para a qualificação do debate na Conferência, essas reuniões tiravam também os delegados para a mesma. Com isso, todos os participantes se preparavam com uma reflexão previamente feita junto ao seu local ou sua entidade, o que permitia apresentar propostas articuladas nos diversos grupos.

A consequência desse processo foi a realização de uma conferência de saúde que mobilizou uma parcela grande da sociedade passofundense. O resultado, além do aspecto articulador e mobilizador, foi a construção de diretrizes para a implementação do SUS na cidade. Também foi responsável por produzir um acúmulo que mais tarde veio a integrar, quase que em sua totalidade, o Plano Municipal de Saúde.

Após a Conferência, a ação do Fórum centrou-se no acompanhamento da construção do Plano Municipal de Saúde. Era preciso pressionar e subsidiar as entidades do Conselho de Saúde para que fossem contempladas as ações discutidas e apontadas pela população.<sup>7</sup> Com muito esforço e luta da sociedade a proposta de organização do Sistema Único de Saúde em Passo Fundo foi aprovada no Plano de Saúde do Município. Contemplou as grandes demandas da popula-

---

<sup>7</sup> Fato curioso aconteceu após a construção do Plano Municipal da Saúde. Como o gestor municipal tinha dificuldades de boicotar as linhas tiradas na Conferência que passaram a integrar o Plano, e com as quais não concordava, não devolveu ao Conselho a proposta construída naquele ano. Foi preciso que o Fórum se mobilizasse e o Conselho exigisse na Justiça o documento.

ção e passou a ser a referência do Fórum e do Conselho na luta pela saúde.

Mais uma vez era preciso construir ações no sentido de garantir a implementação do Plano Municipal de Saúde. O Fórum, que tinha boa capacidade de mobilização, priorizou ações com o intuito de alcançar esse objetivo, mas as dificuldades não tardaram a chegar. Era preciso aumentar significativamente o percentual de recursos a serem investidos pelo município na saúde para que as propostas da sociedade fossem implementadas. Frente à dificuldade orçamentária, em 1994 o Fórum travou uma grande luta pelo aumento dos recursos para a saúde. A Câmara de Vereadores havia aprovado projeto de lei que destinava 10% dos recursos do município para a saúde. O prefeito da época Sr. Osvaldo Gomes vetou a proposta, o que mobilizou o Fórum que, entre outras ações, montou um acampamento em frente à prefeitura, com faixas, cartazes e lideranças. Para chamar a atenção do poder público e da população, algumas pessoas fizeram uma greve de fome num período próximo à votação do veto na Câmara. A greve durou dois dias. O veto do executivo foi derrubado pela Câmara de Vereadores mostrando a capacidade política do Fórum.

A estratégia depois de 1994 foi implementar as definições do Plano Municipal de Saúde que contemplava uma proposta de saúde para a cidade baseado nos princípios do SUS. As principais ações eram:

- a) ampliar o investimento em saúde e em ações na saúde preventiva;
- b) fazer concurso público para os profissionais na área da saúde;
- c) organizar a rede básica a partir da qualificação e construção de unidades básicas nos principais bairros da cidade e construção de quatro centros de referência que deveriam ser informatizados;
- d) qualificação dos profissionais da área da saúde;
- e) maior humanização no atendimento aos usuários;
- f) implantação de uma farmácia básica no município;
- g) informatização da rede no município;
- h) maior transparência do gestor com os recursos públicos;
- i) reconhecimento e respeito por parte do gestor com as instâncias do controle social.

(Fonte: Atas e relatórios do Fórum Municipal de Saúde).

Essas, entre outras, eram as pautas que acompanharam o Fórum de Saúde praticamente em toda sua atuação, produziram avanços, mas foi preciso enfrentamento na relação com o gestor local e com os prestadores. Nos últimos dez anos, a luta do Fórum produziu grandes tensionamentos junto à gestão municipal que se vê comprometida historicamente com o setor privado da saúde. Um momento em que se acirrou o conflito entre o gestor municipal e a luta da saúde foi em 2002. Não concordando com o poder deliberativo do Conselho Municipal de Saúde, que não aprovava o relatório de gestão anual em virtude de apresentar indícios de irregularidade, o prefeito Municipal, Sr. Osvaldo Gomes encaminhou um Projeto de lei à Câmara de Vereadores extinguindo o então Conselho. Na proposta constava uma nova composição em que eram nominadas as entidades com presença definitiva. Além disso, o secretário municipal de saúde seria o coordenador do Conselho. Isso produziu uma revolta nos conselheiros e mobilizou o Fórum Municipal de Saúde que organizou diversas atividades, das quais se destacou uma audiência pública com participação de gestores, Conselho Estadual de Saúde, Ministério Público e uma massiva participação da sociedade. O efeito foi um grande desgaste da administração pública e com isso obrigando o então prefeito a retirar o projeto da Câmara.

Essa ação reforçou a importância da interação entre o espaço institucional – Conselho – e o espaço do movimento – Fórum. Dificilmente o Conselho sozinho conseguiria o arquivamento do projeto sem uma interlocução maior com a sociedade. Raichelis (2000, p. 46), ao analisar o fenômeno dos Conselhos na atualidade, salienta o que para ela é um dos maiores desafios do controle social hoje: “pensar estratégias de articulação e de integração entre os Conselhos, criar agendas comuns e Fóruns mais amplos”. No caso acima relatado, o arquivamento do projeto somente foi possível pelo envolvimento amplo e articulado da sociedade.

Como apontamos, os Conselhos foram uma conquista a partir de um movimento organizado da sociedade na década de 1980 – Movimento Sanitarista. Mas é um engano o movimento social, comprometido com o SUS, conceber a ação do Conselho de forma isolada. Seu fortalecimento e suas conquistas dependem do elo que conseguem estabelecer com os movimentos. Nesse sentido, parece ter havido um certo equívoco do controle social na década de 1990, ao desativar fóruns mais amplos após a constituição dos Conselhos.

A luta pelos Conselhos foi e está sendo tão importante que, em determinado momento, foram desativados fóruns mais amplos de participação social, que lutaram pela aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social e pela implementação de políticas públicas nessa área. Entendíamos que os fóruns de participação ampliada, autônomos, não formais, não institucionalizados, eram um estágio para a implantação do Conselho, que tinham esse caráter legal e obrigatório. Não sei se essa generalização é possível para todos os setores, mas no âmbito da assistência social, a medida que os Conselhos foram sendo criados, desativaram-se os fóruns. Creio que isso é um equívoco que implica em uma perda política muito importante. Há uma diferença entre o papel dos Conselhos e o papel da participação social mais ampla. (RAICHELIS, 2000, p. 43).

Ao nosso ver, este fenômeno aconteceu também em muitos lugares na saúde. Em Passo Fundo, o Fórum Municipal da Saúde sempre procurou não confundir os espaços institucionais como espaços do movimento. Os Conselhos são fundamentais para a ampliação da democracia e o movimento deve atuar de forma qualificada dentro deles, mas não podem substituir a luta e mobilização social mais ampla.

### 8.3.2. Estruturação e funcionamento interno do Fórum Municipal de Saúde

O processo de luta política do Fórum foi acompanhado por uma dinâmica organizativa interna da qual entendemos ser importante destacar alguns pontos, isto é, para que tivesse capacidade propositiva e de pressão política, era necessário estabelecer uma dinâmica de funcionamento qualificada. Desde a sua criação, as entidades procuram estabelecer:

a) *Coordenação*: embora se caracteriza historicamente como um espaço aberto e democrático, a escolha de um grupo de entidades com a responsabilidade política de coordenar o processo foi fundamental. Além de preparar as diferentes atividades, a coordenação precisava pensar as estratégias de ação do dia-a-dia a partir das deliberações coletivas. A lógica era de fazer ao máximo um processo rotativo das entidades que participavam da coordenação, embora algumas com atuação mais centrada na temática da saúde tenham tido maior disponibilidade.

b) *Formação*: uma vez por mês eram feitas atividades de capacitação e formação entre os participantes. Nesses espaços eram dis-

cutidas temáticas desde análises de conjuntura até as estratégias de ações. Era o momento também de avaliar a atuação e pensar os próximos passos. Os conselheiros de saúde tinham o compromisso de participar, uma vez que o Conselho era um espaço onde os representantes implementavam as discussões do fórum. Essas atividades eram assessoradas pelo CEAP e contavam com a contribuição da Comissão de Direitos Humanos de Passo Fundo – entidade não-governamental – que tem, entre suas ações, a luta pela efetivação do direito humano à saúde.

c) *Articulação*: como forma de ampliar as entidades participantes do Fórum, eram divididas tarefas entre os participantes no sentido de convencerem mais entidades a se somarem na luta pela saúde. A estratégia consistia num mapeamento das entidades no município e cada um era responsável pela ampliação conforme a afinidade e proximidade com os grupos listados. Além disso, a articulação geral era feita pela coordenação.

d) *Reuniões do Conselho*: Como já foi dito, as plenárias do Fórum discutiam as linhas gerais de ação da luta da saúde. Nesse processo entrava o papel que o Conselho de Saúde deveria cumprir, apontando o norte de intervenção dos conselheiros. Entretanto, esses momentos eram insuficientes para uma intervenção mais qualificada, até porque a pauta do Conselho era definida mês a mês. Os conselheiros e as outras entidades se reuniam antes das sessões do Conselho. Ou seja, como as reuniões tinham data definida – dia fixo no mês – todos já sabiam que antes dessa reunião acontecia um encontro do Fórum para discutir a pauta a ser debatida na sessão do Conselho. Era – e continua sendo – um espaço de elaboração e qualificação das propostas e intervenções na reunião do Conselho.

Esse processo organizativo do Fórum foi uma forma de garantir o fortalecimento da luta pela implantação do SUS em Passo Fundo, buscando, ao máximo, o comprometimento das organizações. Produziu um conjunto de propostas inovadoras para a efetivação do direito humano à saúde. Por outro lado, o processo também foi acompanhado por dificuldades que exigiram das entidades componentes do Fórum amadurecimento político e constante reinvenção na forma de agir. Passaremos a analisar algumas dessas dificuldades.

## 8.4. Dificuldades na ação do Fórum Municipal de Saúde de Passo Fundo

Ao considerar o período de início da articulação do Fórum, uma das primeiras dificuldades surgiu na medida em que se propunha a continuar discutir a pauta da saúde em todos os locais onde se havia feito a preparação da II Conferência Municipal da Saúde. A articulação com grupos nas vilas sempre foi apontada como estratégica e que por isso deveria ser retomada. Isso permitia um maior envolvimento dos usuários da saúde, que estão presentes no dia-a-dia da sua comunidade e que usam o sistema de saúde no seu bairro para que pudessem acompanhar e avaliar a qualidade das ações e serviços em saúde e dar sugestões para qualificá-las. Nessa linha, Granda (2000, p. 97) defende como um desafio atual para saúde uma hermenêutica “directa con la población, con lo cual se defiende el carácter siempre calificado que detenta todo miembro poblacional para forjar sus propias verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder, a través de todo lo cual genera metáforas propias sobre su salud y enfermedad”. Historicamente o Fórum teve dificuldades de consolidar essa lógica organizativa, a partir de diferentes grupos descentralizados. Embora isso fosse constantemente avaliado como importante e diversas tentativas realizadas, as dificuldades permanecem até hoje.

O que pode ajudar a refletir a dificuldade da articulação nas vilas, que também se traduz para outras políticas, é a vulnerabilidade e o aparelhamento do movimento comunitário – representado principalmente pelas associações de moradores – pelo gestor municipal. As Associações de Moradores poderiam cumprir com um papel político importante, no sentido de propor políticas e representar os interesses e demandas de seus moradores, mas em Passo Fundo, salvo algumas exceções, quase todas são historicamente usadas pelos gestores como um canal de legitimação de suas políticas. A capacidade de autonomia e proposição das associações de moradores é quase nula quando são cooptadas ou pressionadas pelo gestor público, que em troca oferece vantagens ou cargos pessoais ou age com ameaças de prejudicar determinado bairro em havendo ações que contestem o poder público. Obviamente, não estamos dizendo que esse fenômeno seja o único motivo da dificuldade de articulação do Fórum

nos bairros. Apenas, a experiência tem mostrado que a organização do Fórum via associações de moradores, que poderiam cumprir papel importante, é difícil de se concretizar.

Também contribuiu negativamente na luta do Fórum a ação dos gestores públicos no sentido de resistir ao máximo à implementação das deliberações do controle social – Conferências e Conselho – contribuindo para uma deslegitimação do controle social. Alguns mais e outros menos, mas o centralismo na hora de propor as políticas de saúde se fez presente nos diferentes gestores de Passo Fundo. Tal fenômeno pode ser explicado, conforme Teixeira (2000, p. 113), porque

a cultura política que prevalece no setor público é ainda clientelista, patrimonialista e autoritária. Os agentes governamentais não aceitam qualquer possibilidade de partilha do poder e desrespeitam as deliberações dos conselhos, dificultando a prestação de contas e interferindo indevidamente na sua composição com a nomeação de membros não escolhidos pelas entidades da sociedade. Como são órgãos híbridos, sem identidade institucional, os conselhos passam a ser desqualificados perante a sociedade, frustrando as expectativas criadas.

O exemplo que expomos no item anterior é ilustrativo no sentido de caracterizar a ação do gestor municipal como centralizadora e autoritária: ao invés de discutir com o controle social e abrir-se para negociação, buscava deslegitimar e fragilizar os espaços de controle social. Quando o Conselho de Saúde, o Fórum de Saúde ou outras entidades questionavam a política publicamente ou tomavam atitudes como levar questões até o Ministério Público, a primeira ação do gestor perante a sociedade era tentar caracterizar a luta da saúde como sendo protagonizada por determinado(s) partido(s) político(s) de oposição. Essa postura tem contribuído para a desmobilização de muitas entidades, e, principalmente lideranças. A morosidade com que algumas ações da saúde foram implementadas é um desestímulo ao movimento social. A política centralizadora, clientelista, de cooptação e de confronto – no sentido negativo – contribuem significativamente para a desarticulação e destruição das iniciativas da sociedade organizada.

Também é importante apontar a dificuldade histórica do Fórum de Saúde de, em determinados períodos, pensar estrategicamente o SUS no município e sua própria atuação. As pautas conjunturais e as demandas imediatas da saúde muitas vezes esgotam todo tempo



das entidades e militantes, que em muitos momentos atuam apenas como *apagadores de incêndio*. O controle social não pode atuar na perspectiva de responder somente às demandas imediatistas ou as conseqüências dos problemas. O Fórum em Passo Fundo viveu e vive constantemente esse dilema de como articular a luta estratégica com os problemas que batem à porta todos os dias dos conselheiros e lideranças nas entidades. A forma imediatista de atuar do controle social é reforçada, em muitos casos, pelo próprio gestor municipal. Põe uma quantidade grande de propostas e problemas “insignificantes” a serem discutidos pelo controle social, mas não porque compreende a importância do controle social ou dessas pautas, mas apenas para evitar que se discuta e se delibere sobre as questões estruturais da saúde pública que continuam sendo decididas em espaços restritos que muitas vezes não colocam em primeiro plano o direito humano à saúde do cidadão. Nesse caso, ao controle social fica a ilusão de que está exercendo com qualidade sua função, entretanto, não consegue incidir nas questões fundamentais.

É oportuna a provocação de Carvalho (2003, p. 3), ao parafrasear Francisco de Oliveira:

*A democracia e a participação dos conselhos de saúde e das comissões intergestores trilateral e bilateral são, por vezes, um luxo que os executivos federal, estadual e municipal concedem às massas – cidadãos usuá-rios, profissionais e prestadores – e aos dirigentes de níveis inferiores, dando-lhes a ilusão de que controlam os processos vitais, enquanto as questões reais do SUS, são decididas em instâncias restritas, inacessíveis e ausentes de qualquer controle.*

Destaca-se também na luta histórica da saúde, a dificuldade do Fórum, em determinados períodos, fazer um processo de formação permanente e qualificado. A luta social e política exige que os militantes e as entidades tenham espaços e momentos para refletir sobre sua prática e sobre suas perspectivas. O exercício do controle social “passa por um processo de capacitação (educação política) das pessoas para não só se interessarem nos assuntos de natureza política, como também, fundamentalmente, participarem dessa arena” (BAQUERO, 2003, p. 91). Em determinados momentos, o Fórum se reunia de dois em dois meses, noutros, ficava mais de seis meses sem atividades formativas. Nesse caso, era difícil monitorar os planejamentos e repensar de forma qualificada a ação. Muitas lideranças se dispersavam da luta mais coletiva e a intervenção do controle social se fragili-

zava. Diferente de períodos em que a formação estava sempre na agenda prioritária. Era visível a capacidade e qualidade de intervenção das entidades, pois as lideranças estavam permanentemente conjunturadas e tinham maior clareza em relação às ações a serem implementadas, fazendo com que se avançasse mais na saúde nesse período.

A formação, assessorada pelo CEAP, sempre ocorreu em dois níveis: técnico e político. É importante que conselheiros e lideranças se capacitem para entender o SUS como uma política pública que tem sua lógica própria possuindo suas leis, mecanismos de intervenção e ações específicas, para as quais é preciso preparação e entendimento para interagir. Entretanto, a saúde é também uma política pública que interage com outras políticas e outros processos, fazendo parte sempre de um projeto de sociedade mais amplo. Isto é,

O conceito de saúde é histórico, pois seu significado modificou-se em conformidade com os períodos históricos sofrendo influência do contexto e das experiências de cada sociedade. Ideológico, porque na construção da compreensão desse conceito está contida uma concepção de homem, de sociedade, de organização da economia e da política. (CEAP, 2003, p. 8).

Não é possível entender a saúde se não a relacionarmos com um processo mais amplo de organização da sociedade.

A dificuldade de articulação e mobilização, também se dava em muitos momentos porque muitas entidades com estrutura – física e humana – e com grande capacidade de mobilização apostavam somente em suas pautas específicas, tendo dificuldades para uma luta ampliada para além do seu foco de atuação. Muitas vezes se restringiram às pautas específicas da saúde – corporativas – ou mesmo fora da saúde. “Verifica-se, na década de 90, a substituição das lutas coletivas efetivadas na década de 80 por lutas corporativas em defesa de grupos e interesses particulares e imediatos dos trabalhadores”. (BRAVO & MATOS, 2002, p. 197). Nesse sentido, é significativo o período após a II Conferência Municipal de Saúde de Passo Fundo em 1994. O movimento sindical, e outras entidades que se juntaram a ele neste período, viam na discussão e construção da CIST – Comunidade Intersindical de Saúde do Trabalhador – e na luta contra o horário livre do comércio em Passo Fundo uma prioridade absoluta. Sem entrar aqui na discussão do mérito no sentido de avaliar a importância ou não dessas pautas naquele período, o fato é que isso exigia muito tempo e

a luta pela saúde pública de forma universal não constava na ordem das prioridades de muitas entidades. Esse processo também acompanha o Fórum até os dias atuais.

## 8.5. Desafios e considerações finais

O processo de luta de mais de dez anos do Fórum Municipal de Saúde de Passo Fundo leva-nos a perceber o grande potencial deste espaço em exercer e sustentar o controle social no município. A história tem mostrado que, por mais que tenha suas dificuldades, ele nunca deixou de atuar e é uma alternativa concreta frente a *institucionalização*<sup>8</sup> atual do controle social. Parece que é uma alternativa frente ao desafio levantado por Raichelis (2000, p. 44), de que “a sociedade civil precisa recuperar seus canais autônomos de participação, até para submeter os Conselhos ao controle social, porque os Conselhos também precisam ser submetidos ao controle social”.

De outro modo, parece ser também uma alternativa frente ao desafio levantado por Teixeira (2000, p. 106), “de como inserir nestes mecanismos de representação social [refere-se aos Conselhos de Políticas Públicas] o cidadão comum, não organizado, excluído de qualquer participação”. Embora o Fórum seja constituído por entidades, sempre participaram e participam dele pessoas, que não representam entidades mas se identificam com a luta da saúde do Fórum.

Por fim, pode contribuir ao desafio levantado por Baquero (2003). Ao defender a tese de que a “cultura é fundamental na compreensão dos fenômenos políticos”, e de que “conceitos como atraso, miséria, fome, clientelismo, personalismo, patrimonialismo são assimilados pela cultura e naturalizados, gerando, no campo da política, uma cultura passiva, silenciosa e pouco participa” urge, então, “resgatar o cidadão para a esfera pública”, isto é, fazer com que os indivíduos sejam “capazes de abstrair-se do particularismo e assumir a imparcialidade, colocando-se no lugar dos outros.” O Fórum é um importante espaço público de construção e afirmação da cidadania.

Com isso não estamos afirmando que seja um espaço eterno, definitivo e que consegue responder a todas as questões levantadas,

---

<sup>8</sup> Por institucionalização do controle social entende-se aqui o exercício do controle social somente nas instâncias formais do Estado, garantidos em lei, como conselhos e conferências.

mas que no contexto atual consegue contribuir propositivamente ao desafio que é dar um passo no exercício do controle social e, fundamentalmente, para o avanço da democracia e da efetivação do direito humano à saúde.

Contudo, os desafios colocados são grandes. Se é verdade que o Fórum, hoje, é um instrumento fundamental para garantia de efetivação do controle social, será preciso atentar para a conjuntura e perceber quais são os passos a serem dados para que haja qualidade e força necessárias ao bom andamento das tarefas do Fórum.

Com base nos limites apontados acima, gostaríamos de trabalhar três desafios:

a) *Formação permanente*: é fundamental que se consiga pensar uma política qualificada e permanente de formação para as lideranças da luta da saúde. Vivemos numa realidade cada vez mais complexa e as entidades precisam refletir sobre o contexto em que estamos inseridos, do qual somos parte e que pretendemos transformar. Como atuamos com processos, ou seja, interagimos com uma realidade que é dinâmica, é importante que estejamos abertos ao *novo* a partir do acúmulo do passado. Nossas utopias e ações devem ser permanentemente reavaliadas e repensadas. No caso do controle social, nos parece importante refletir coletivamente sobre a necessidade de recuperarmos a capacidade propositiva e criativa do Movimento da Reforma Sanitarista como uma forma para avançarmos na implementação dos princípios do SUS. A formação pode cumprir com papel essencial para tal.

b) *Ampliação do Fórum*: para além de dizermos aqui da necessidade de constantemente ampliarmos as entidades participantes do Fórum, entendemos ser um grande desafio refletirmos sobre a estratégia de ampliação. Para além das organizações sociais existentes na década de 1960 a 1980, hoje há um conjunto de novas organizações ou sujeitos emergentes que podem cumprir com um papel importante para a luta da saúde. Muitas vezes, em virtude das entidades serem fruto de uma matriz clássica onde o sujeito histórico girava fundamentalmente em torno das relações de trabalho, aposta-se demasiadamente nesses sujeitos, mas que em muitos casos têm dificuldade de fazer a luta da saúde ou não apostam nela com caráter estratégico. Entendemos, sobretudo, que o tensionamento de comprometé-los com esse processo é algo que não pode ser perdido de vista, mas há inúmeros *outros sujeitos* que se diferenciam

de acordo com os diferentes contextos, e que podem contribuir significativamente.

c) *Planejamento estratégico da atuação*: se temos que responder as demandas do cotidiano, precisamos fazê-lo à luz das nossas ações estruturais. Se, por exemplo, em 2000 nosso planejamento previa uma ação estrutural de fazer cumprir até 2004 a EC-29 no município – em função dos poucos recursos investidos na saúde – e no primeiro ano o principal problema demandado pela população é a demora para fazer um exame pelo SUS, precisamos ter a capacidade de estabelecer a relação de causalidade do problema: a espera para exames tem relação com a falta de recursos. Ou seja, a necessidade e capacidade do controle social ser propositivo e incidir na política estrutural da saúde pública. Propositivo não no sentido de assumir a elaboração e a implementação da política da saúde, mas a capacidade de comprometer o Estado para que implemente a política pública conforme os princípios do SUS.

Por fim, é oportuno assinalar que a história da luta da saúde no Brasil tem sido marcada por momentos difíceis, mas também por grandes conquistas. Pensemos, pois, nos anos de chumbo, onde nossos sonhos de um Brasil mais justo e democrático, em que a saúde fosse garantida e efetivada como direito humano para todos, sofreram duros ataques. Mas, que, alguns anos mais tarde, se tornou conquista Constitucional.

Em Passo Fundo a história do controle social tem vivido também essa permanente tensão, com momentos onde avançamos na garantia e efetivação do direito humano à saúde e momentos onde isso foi mais difícil. Entretanto, a luta pelos direitos humanos se constrói nesse terreno de permanente tensão entre os *retrocessos* e conquistas, isto é, o direito à saúde nunca será uma conquista definitiva e completa, cabendo ao Fórum um *eterno vigiar*.

O Fórum da luta da Saúde em Passo Fundo é parte dessa história viva da luta permanente pelo direito humano à saúde no Brasil. Desde seu surgimento, conseguiu ser o espaço onde os *diferentes* se encontrassem para refletir e construir coletivamente ações e estratégias de intervenção local na saúde. Embora convivesse com dificuldades, nunca deixou de atuar e contribuiu significativamente para fazer com que a sociedade controlasse o Estado e não o contrário. Cabe às entidades qualificarem esta experiência a partir da conjuntura atual e outras experiências, e ampliá-la para além de Passo

Fundo. Acreditamos que ela tenha muitos aspectos que possam contribuir em outros locais, no sentido de enriquecermos permanentemente o conceito do controle social.

## Bibliografia

BAQUERO, Marcello. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. In: *Revista Sociologia e Política*, Curitiba, n. 21, p. 83-108, nov. 2003.

BOTH, Valdevir; KUJAWA, Henrique. O Brasil e a garantia do direito humano à saúde. In: MOSER, Cláudio; RECH, Daniel (Orgs.). *Direitos humanos no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Coletânea CERIS, ano 1, n. 1, Rio de Janeiro: Mauad, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; POTYARA, A. P. Pereira (Org.). *Política social e democracia*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; POTYARA, A. P. Pereira (Org.). *Política social e democracia*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CARVALHO, Gilson de. *Defender conselho de saúde e comissões de gestores é praticar democracia ilusória, com concessão de migalhas?* (Mimeo.).

CEAP. *Direito à saúde: com controle social*. Passo Fundo: CEAP, 2003.

GOHN, Maria da Glória. Conselhos de educação e a reforma do Estado. In: CARVALHO, Maria do Carmo A. A.; TEIXEIRA, Ana Claudia C. (Org.) *Conselhos gestores de políticas públicas*. São Paulo: Pólis, 2000.

GRANDA, Edmundo. *Salud: globalización de la vida y de la solidaridad*. In: *Saúde em Debate: Cebes*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56 set./dez. 2000.

RAICHELIS, Raquel. Sistematização: os conselhos de gestão no contexto internacional. In: CARVALHO, Maria do Carmo A. A.; TEIXEIRA, Ana Claudia C. (Org.) *Conselhos gestores de políticas públicas*. São Paulo: Pólis, 2000.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. Conselhos de políticas públicas: efetivamente uma nova institucionalidade participativa? In: CARVALHO, Maria do Carmo A. A.; TEIXEIRA, Ana Claudia C. (Org.). *Conselhos gestores de políticas públicas*. São Paulo: Pólis, 2000.



---

## Capítulo 9

---

# A atuação do CEAP em Passo Fundo: educação popular e o exercício do controle social do SUS

*Volmir Brutscher\**  
*Valdevir Both\*\**

---

### 9.1. Introdução

Este capítulo pretende sistematizar alguns elementos da atuação do Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP – na luta pelo direito humano à saúde, especialmente a partir do controle social do SUS em Passo Fundo. Para compreender melhor a atuação do CEAP consideramos fundamental abordar, primeiramente, o seu contexto de surgimento, a sua concepção de educação popular, a relação da educação popular com a saúde e, especificamente, com o SUS para, então, tratar das atividades desenvolvidas pelo Centro na área do controle social do SUS em Passo Fundo.

### 9.2. CEAP e o Colóquio Nacional de Educação Popular<sup>1</sup>

O CEAP nasce vinculado ao debate e à ação desencadeada a partir do II Colóquio Nacional de Educação Popular, realizado em 1985, na cidade de Passo Fundo.

---

\* Educador popular do CEAP, mestre em Educação pela FAED/UPF.

\*\* Educador popular do CEAP, mestrando em Filosofia pela UNISINOS.

<sup>1</sup> O Colóquio Nacional de Educação Popular é uma iniciativa do Sindicato dos Professores do Estado do Rio Grande do Sul (Cepers) e da Associação dos Professores da Universidade de Passo

A década de 1980, com o agravamento da crise econômica, política e social no Brasil, foi marcada pela disputa entre o projeto de sociedade defendido pela ditadura militar e a luta popular em favor da (re)democratização do estado e da justiça social expressa nas *diretas já* e na Constituinte, entre outros. Especificamente, na área da saúde, cabe destacar a ação do *Movimento Sanitarista* e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que construiu as bases para a proposta do SUS, incluído no texto Constitucional.

Nesse período, a população foi se organizando das mais diversas formas: surge o sindicalismo combativo, classista e representativo, além de inúmeras organizações e lutas populares. A pauta de lutas ia desde a melhoria das condições de vida, como transporte, saneamento, educação, terra, moradia até a luta contra a discriminação social, étnica, de gênero e outras.

No Estado do Rio Grande do Sul, nessa época, surgem várias organizações sociais, entre elas o movimento sindical, ligado à CUT, o movimento popular, ligado à luta dos moradores de bairros, e surgem também as pastorais sociais da igreja católica. O grande desafio que se colocava era a qualificação destas organizações e a articulação delas em torno da construção de um projeto democrático-popular para o Brasil.

O debate sobre a importância das organizações sociais populares e da educação popular para a transformação social aparece com grande ênfase. Nesse contexto, acontece, em 1985, o II Colóquio Nacional de Educação Popular, em Passo Fundo e, a partir desse, um grupo de professores, religiosos, profissionais liberais, comprometidos com a luta popular, reúnem-se para analisar a realidade regional e gestam a proposta de fundar um Centro de Educação Popular. Assim, em 1987, nasce o Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP com o objetivo de contribuir política e metodologicamente nos processos formativos e organizativos dos sujeitos sociais populares.<sup>2</sup>

---

Fundo que, em seguida, contaram com o apoio do Sindicato dos Professores das Instituições Particulares do Estado (Sinpro), que passou a integrar a organização do evento. A presença de Paulo Freire na primeira edição revela os ideais de inspiração do Colóquio e também demonstra o desejo dos promotores do evento de refletir a educação de forma integrada à vida dos movimentos sociais populares. O primeiro Colóquio aconteceu em 1984 e, desde então, se realiza a cada dois anos, sendo que em 2004 foi editado o 10º. Colóquio Nacional e o 8 Colóquio Internacional de Educação Popular.

<sup>2</sup> As considerações feitas sobre o contexto do surgimento do CEAP têm como base o texto da apresentação institucional da entidade.



### 9.3. Conceito de educação popular

O CEAP surge com o propósito de contribuir na afirmação de um novo paradigma de educação que questiona, radicalmente, os pólos da educação tradicional. Paradigma esse que, tendo Paulo Freire como principal expoente, busca construir uma educação com recorte popular, que lhe dá, necessariamente, outro objetivo, outro sujeito e outra metodologia que a da educação tradicional.

A educação popular surge e se desenvolve num contexto de resistência à opressão. Na América Latina, a educação popular, comprometida politicamente, começa a aparecer em volta da década de 1950. Em cada país, ela se desenvolve de um jeito próprio, mas com uma identidade comum: *a luta pela libertação travada em meio à opressão* praticada pelos representantes dos interesses dos países colonizadores e imperialistas.<sup>3</sup> O chão em que nasce e cresce a educação popular é o da resistência à opressão. Ela surge e se desenvolve entre os oprimidos e procura fazer deles o principal sujeito do processo político-pedagógico de transformação do sistema injusto e opressor.

Nesta perspectiva, a educação popular dialoga, diretamente, com a organização política da sociedade. Muitas vezes, o verdadeiro sentido da educação popular é pervertido. Alguns pensam que se trata de educação para pobres excluídos do sistema escolar. Outros pensam que é apenas um método diferente e envolvente de ensinar, o que é importante, mas correm o risco de reduzi-la a um conjunto de dinâmicas de grupo. Por isso, é preciso chamar atenção para o que é o objetivo central da educação popular: *a ligação com determinado projeto sociopolítico* e, enquanto tal, o seu comprometimento teórico e prático com a emancipação dos sujeitos individuais – pessoas – e coletivos – organizações – de todo tipo de opressão.

Segundo Hurtado, “a educação popular é o processo de formação e capacitação que se dá dentro de uma perspectiva política de classe e que toma

---

<sup>3</sup> É importante lembrar que todos os países da América Latina são vítimas da colonização européia que, na sua origem, se volta para a América exclusivamente com o interesse da exploração comercial, ou seja, os europeus, inicialmente, não vinham à América com o objetivo de constituir, aqui, um lugar agradável de habitar, mas sim com o objetivo de extrair riquezas e voltar a Europa. Por isso, desde o início da colonização até hoje, há nos países latino-americanos dirigentes políticos aliados aos interesses externos, representando e favorecendo esses em detrimento à independência e ao desenvolvimento dos países da América Latina. É essa história e contexto político que mantém a América Latina em situação de opressão e, ao mesmo tempo, de resistência e luta contra esta injustiça.

parte ou se vincula à ação organizada do povo (...) para alcançar o objetivo de construir uma sociedade nova, de acordo com seus interesses.”<sup>4</sup> Para Brandão, a educação popular não é outra coisa senão participar do esforço que já fazem os sujeitos subalternos para a sua organização política em função da conquista de sua liberdade e de seus direitos. Portanto, a importância estratégica da educação popular está em contribuir pedagogicamente na organização política dos sujeitos oprimidos, levando eles à condição de sujeitos da própria libertação.

O objetivo da educação popular é emancipar os oprimidos e transformar o sistema de opressão. Diferente da tradicional função reprodutora da educação, a educação popular busca transformar a realidade, tanto as relações como a estrutura de opressão social. A partir da ação consciente dos oprimidos, ela não visa substituir os opressores, mas acabar com a opressão em todos os níveis. Em um texto clássico da filosofia do início do séc. XIX, conhecido como *Senhor e escravo*, Hegel escreve que “A verdade da consciência independente é por conseguinte a consciência escrava”<sup>5</sup>. Idéia que dá a Freire fundamentação teórica e convicção política de que a libertação passa, necessariamente, pelos oprimidos, porém, esses, para efetivar verdadeiramente a libertação, precisam libertar-se do opressor que hospedam em si. Não podem pretender assumir a sua função. Segundo Freire, a pedagogia do oprimido deve ter como horizonte a pedagogia do homem, ou seja, acabar com a opressão, para que não haja oprimidos e nem opressores, mas homens livres.

A educação popular também tem o objetivo específico de constituir e fortalecer sujeitos, tanto individuais como coletivos, capazes de construir história. Pois, segundo Paulo Freire, a emancipação somente acontece a partir da práxis – ação refletida, pensada – dos próprios oprimidos. Logo, a educação popular deve contribuir para que eles usem a palavra, rompam com a *cultura do silêncio* e digam um *basta* à opressão. Significa proporcionar condições para que os oprimidos, refletindo sobre sua opressão e suas respectivas causas, assumam o próprio processo de libertação, constituindo-se em sujeitos da própria história e da transformação social injusta.

---

4 HURTADO, Carlos Nunez. *Educar para transformar, transformar para educar*. Trad. Romualdo Dias. Petrópolis: Vozes, 1993, p. 44.

5 HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. *Fenomenologia do Espírito*. Trad. Paulo Menezes com colaboração de Karl-Heing Eiken e José Nogueira Machado. 7. ed. rev. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: USF, 2002, p. 149.

Nesse sentido é que se fala do papel da educação popular na constituição e fortalecimento de sujeitos.

O principal sujeito da educação popular são os oprimidos. Tendo como objetivo a emancipação dos oprimidos, seu protagonismo só pode se encontrar nos próprios oprimidos, uma vez que a emancipação requer necessariamente ser conquistada. Ela pode e deve ser apoiada por sujeitos comprometidos com a causa dos oprimidos, mas não pode ser caridade e, portanto, não pode vir de fora. Assim, para Freire, a emancipação passa obrigatoriamente pela pedagogia do oprimido. É ele, o oprimido, que precisa dar-se conta da sua situação e lutar para transformá-la. Nesse sentido, o autor da *Pedagogia do oprimido* escreve:

pedagogia do oprimido: aquela que tem de ser forjada com ele e não para ele, enquanto homens ou povos, na luta incessante de recuperação de sua humanidade. Pedagogia que faça da opressão e de suas causas objeto da reflexão dos oprimidos, de que resultará o seu engajamento necessário na luta por sua libertação, em que essa pedagogia se fará e refará.<sup>6</sup>

Assim, verifica-se que a educação popular apresenta um sujeito fundamental, porém não único. Também não apresenta um espaço exclusivo para se realizar, embora seja importante observar que, historicamente, as organizações sociais populares constituíram-se como espaço privilegiado do legado de transformação da realidade opressora e de emancipação dos oprimidos.

A metodologia que a Educação Popular usa na contribuição para que os oprimidos se construam enquanto sujeitos da própria emancipação consiste, basicamente, em dois princípios fundamentais: a) partir da realidade social dos próprios oprimidos envolvidos no processo educativo; b) realizar a educação vinculada à organização dos sujeitos sociais populares. Primeiro, procura perceber que a realidade não é um dado imutável, mas que ela é dinâmica e possível de mudanças. As coisas são como são devido a um tipo de organização social construído e que, portanto, podem ser diferentes, dependendo da ação das pessoas. Segundo, a educação popular procura desenvolver os processos educativos articulados com a organização dos sujeitos sociais populares. Entende que a partir da organização po-

---

<sup>6</sup> FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 35. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003, p. 32.

lítica dos oprimidos acontece sua libertação e, conseqüentemente, de toda a humanidade,

É a partir dessa concepção que o CEAP procura desenvolver a educação popular. Mas antes de abordar precisamente a atuação do CEAP, é importante relacionar a educação popular com a saúde e, em seguida, especificamente com o SUS.

## 9.4. Educação popular e saúde

A educação popular foi fundamental para a construção de uma nova concepção de saúde para o Brasil, na segunda metade do século XX. Concepção essa que compreende a saúde como *qualidade de vida* e que se encontra ligada à luta popular pela conquista de direitos e justiça social. Essa nova concepção foi construída e disputada – e ainda o é permanentemente – em meio a um contexto neoliberal que compreende a saúde como *tratamento de doenças*, ligado aos interesses do capital e do mercado. A saúde como qualidade de vida e como direito de cada cidadão a ser garantido publicamente, deve-se em especial aos processos de educação popular desenvolvidos desde os anos 1970 até hoje.

A educação popular, como participação na organização política dos sujeitos populares que lutam por emancipação e conquista de direitos, tornou-se, no setor saúde, um instrumento de reorientação da globalidade das práticas de saúde, aproximando os profissionais de saúde da população e dos movimentos sociais populares organizados.

Nesse sentido, afirma-se, na década de 1970 e 1980, um movimento composto por profissionais de saúde e lideranças sociais, conhecido como *Movimento da Reforma Sanitária*, que buscava uma prática de saúde alternativa e engajada com a luta popular. Muitos profissionais, morando nos bairros, começam a conviver com o processo saúde-doença e, em contato com outros grupos militantes e com a organização social local, passam a reorientar suas práticas de saúde, rompendo com o caráter mercantil e alienante da prática médica dominante, e buscam enfrentar os problemas de saúde num sentido mais global, não ignorando a sua relação com o contexto social.

O método da educação popular possibilitou uma nova cultura de relação entre profissionais de saúde e a população, favorecendo

a compreensão e a organização para o enfrentamento de forma adequada e conjunta dos problemas de saúde. Pois, conforme Vasconcelos, Brandão explica adequadamente o sentido da educação popular dos anos 1970 e 1980:

EP [Educação Popular] não visa criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e utilizando-se de fossas sépticas. Visa participar do esforço que já fazem hoje as categorias de sujeitos subalternos, do índio ao operário (...) para a organização do trabalho político que, passo a passo, abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos.<sup>7</sup>

Nessa citação fica explícita a ênfase política da educação popular em saúde. Foi assim que, na década de 1980, o movimento da saúde passou a assumir destaque na luta política e social, especialmente pela redemocratização do Brasil. Foi unindo o conhecimento técnico com a organização política dos sujeitos populares que se possibilitou, principalmente com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e com a Constituinte Nacional, em 1988, o surgimento de uma nova concepção de saúde e a conquista de uma nova proposta de saúde pública para o Brasil: o SUS.

## 9.5. Educação popular e o SUS

Como se pode perceber, há uma relação próxima entre a educação popular e o SUS. De certa forma, pode se afirmar que o SUS compartilha dos princípios da educação popular e que estes têm contribuição fundamental para a sua efetivação. Sendo resultado da organização e conquista popular, o SUS garantiu legalmente a *participação da comunidade* como um de seus principais princípios. É sobretudo através deste princípio que a educação popular ainda tem muito a contribuir com a efetiva implementação do SUS.

O SUS, para se efetivar verdadeiramente, precisa que a comunidade exerça o controle sobre as políticas públicas de saúde. Entendemos que controlar é mais do que apenas fiscalizar os serviços

---

<sup>7</sup> VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). *Educação popular hoje*. São Paulo: Loyola, 1998, p. 71.

de saúde, mas é, sobretudo, participar da elaboração e decisão das políticas de saúde a serem executadas pelo gestor. Os espaços institucionais mais importantes de participação da comunidade que a lei do SUS prevê são as conferências e os conselhos de saúde. É nesses espaços que se elaboram e se decidem as políticas de saúde pública. É importante que a comunidade, representada pelos sujeitos sociais populares, ocupe esses espaços de forma adequada e que, para tanto, esteja qualificada e articulada. Aí é que entra a contribuição da educação popular.

Uma função importante da educação popular é contribuir para criar condições para o exercício do controle social da política pública de saúde. Trata-se, sobretudo, de qualificar técnica e politicamente os sujeitos populares para exercerem o controle social da saúde. A qualificação técnica passa pelo aprofundamento de temas específicos ligados ao SUS: legislação, gestão, organização, funcionamento, financiamento, controle social etc. A qualificação política consiste, basicamente, na qualificação dos sujeitos sociais populares para a disputa política dos projetos de saúde e de sociedade de forma mais ampla. O que requer organização e articulação. Nesse sentido, aparece como fundamental a organização de espaços de controle social que ultrapassem os espaços institucionais – principalmente conferências e conselhos –, isto é, o controle social também deve ser feito a partir do espaço dos movimentos sociais e, para isso, é fundamental a ampla articulação entre os movimentos ou sujeitos sociais em fóruns amplos, específicos e permanentes de elaboração de políticas de saúde e de estratégias de disputa dessas políticas. Assim, especialmente através da qualificação técnica e política dos sujeitos populares, a educação popular contribui para a implementação do SUS e para a formação de uma nova cultura política de participação popular e de exercício da cidadania.

É com essa concepção que o CEAP procura contribuir na luta pela saúde, em especial no exercício do controle social do SUS, em Passo Fundo.

## 9.6. O CEAP e o exercício do controle social do SUS em Passo Fundo

Já vimos a contribuição fundamental que a educação popular deu e continua dando à luta pela saúde. Agora convém abordar brevemente a atuação do CEAP na área da saúde, precisamente no controle social do SUS, em Passo Fundo.

Desde 1992, através da atuação junto ao Movimento Social Popular de Passo Fundo, o CEAP vem atuando na temática da saúde, afirmando seu caráter de direito, reconhecido institucionalmente na Carta Magna do país e contribuindo na organização popular na perspectiva de garantir esse direito efetivamente à população. Mas é, sobretudo, a partir de 1994 que o CEAP passa a priorizar a atuação na área da política pública de saúde, principalmente no que diz respeito à organização popular em saúde e ao exercício do controle social do SUS. A razão dessa opção, nesse período, foi devido ao descaso do poder público, tanto em nível municipal como estadual e nacional, com o direito humano à saúde, à falta de publicação desse direito e à desarticulação da comunidade de Passo Fundo em relação ao SUS. Também foi considerado o potencial de mobilização e organização que a luta da saúde carrega em relação ao desenvolvimento de um projeto sociopolítico libertador, bem como o elemento conjuntural que foi, em 1994, a II Conferência Municipal de Saúde de Passo Fundo.

Nesse ano, o CEAP, apoiado por profissionais da saúde e por outras lideranças e agentes políticos, desenvolveu uma metodologia e uma estratégia que possibilitaram a discussão da temática saúde em todo município de Passo Fundo. Foram realizadas reuniões para discutir uma proposta de saúde pública para o município em praticamente todos os bairros da cidade. Como resultado deste processo, constituiu-se um Fórum Municipal da Luta pela Saúde, integrado principalmente por entidades usuárias e profissionais de saúde comprometidos com a defesa da saúde pública. Realizou-se a II Conferência Municipal de Saúde de Passo Fundo, com mais de 800 participantes, que aprovou diretrizes que, reelaboradas e reafirmadas por conferências posteriores, orientam a luta da saúde no município até hoje.

O Fórum da Luta pela Saúde tornou-se o espaço estratégico para a atuação organizada dos sujeitos sociais populares na área da saúde.

de, precisamente no controle social da política pública. Nesse espaço, aberto a todos os sujeitos do município comprometidos com a saúde pública, é aonde se elaboram políticas e estratégias de disputa destas políticas na sociedade e principalmente nos espaços institucionais que são as conferências e conselhos de saúde. Foi assim que os usuários e aliados conseguiram a hegemonia política e a coordenação do Conselho Municipal de Saúde. Pois o Fórum da Luta pela Saúde possibilita a ação organizada e articulada dos sujeitos sociais populares no controle das políticas de saúde do município.

A atuação do CEAP se vincula prioritariamente ao Fórum da Luta pela Saúde e apenas indiretamente nos espaços institucionais do controle social. Enquanto centro de educação popular, a ação do CEAP se realiza em dois sentidos: assessoria ao processo organizativo do Fórum e desenvolvimento de processos educativos para formação e qualificação de lideranças.

No Fórum, a função do CEAP é acompanhar e assessorar o processo. A sua contribuição é, sobretudo, pedagógica: provoca, alerta e ajuda apontar possibilidades. Assume uma postura de problematizador e de mediação de conflitos, porém, sempre em vista da construção do projeto sociopolítico que se encontra implicado na concepção do SUS. Também contribui na sistematização das elaborações e no encaminhamento das ações.

Enquanto centro de educação popular, o CEAP tem clareza de que sua função não é de fazer *por*, mas de fazer *com* os sujeitos sociais populares, pois pretende que eles se constituem em interlocutores políticos dos seus próprios interesses e que sejam os agentes políticos da luta pela saúde, isto é, a direção política sempre é do Fórum – plenária e coordenação – e nunca da assessoria. Evidentemente que o educador popular que presta assessoria não é um ente neutro politicamente, mas sabe que a sua contribuição, acima de tudo, é a de fortalecer os sujeitos populares, o que requer que a responsabilidade política seja deles. Isso não significa lavar as mãos, mas não confundir os papéis. Pois o CEAP entende que a transformação social exige necessariamente a condição de sujeito político dos envolvidos no processo. Nesse sentido, o educador popular precisa cuidar para não se constituir em porta voz dos sujeitos populares, mas sempre agir para que eles sejam os interlocutores dos seus interesses políticos.

Outra forma de contribuição específica do CEAP à luta da saúde em Passo Fundo é através da Formação de lideranças e conselheiros de saúde. Compreendemos que é um princípio da Educação Po-



pular realizar a formação articulada à organização. Sabemos que o processo organizativo já é, por si mesmo, formativo, mas só ele não é o suficiente. É preciso momentos de estudo, reflexão e debate. Nesse sentido, historicamente, o CEAP realiza cursos de capacitação de lideranças e conselheiros de saúde, com o objetivo de oxigenar a luta pelo direito humano à saúde com novas lideranças e de qualificar conselheiros para a disputa política institucional. A formação é fundamental em duas dimensões: ela amplia e renova os agentes na luta e proporciona a eles as condições de serem sujeitos políticos de seus interesses. É através dos cursos de formação, com elaboração de materiais de apoio, e da assessoria à organização do Fórum que o CEAP procura dar a sua contribuição específica, enquanto centro de educação popular, na qualificação técnica e política dos sujeitos sociais populares na luta pelo direito humano à saúde e no exercício do controle social das políticas públicas de saúde.

Também é importante socializar algumas dificuldades que o CEAP enfrenta, enquanto centro de assessoria, na atuação com o Fórum da Luta pela Saúde em Passo Fundo. Uma delas é em relação à articulação do processo. Compreende-se que a articulação dos sujeitos sociais populares cabe prioritariamente à coordenação política do Fórum, mas acontece que, muitas vezes, por incompreensão ou por falta de organização e estrutura dessa instância, esta tarefa acaba ficando para o CEAP. Outra dificuldade é a falta de clareza dos sujeitos sociais populares em relação ao papel do CEAP enquanto centro de assessoria. Muitos têm dificuldade de compreender que o CEAP, comprometido com a afirmação de um projeto político popular, não se propõe ser o interlocutor político das demandas populares e que, por isto, está decidido, por exemplo, a não assumir função de entidade conselheira. Outros resistem em compreender a postura decidida do CEAP em trabalhar com todas as forças políticas que comungam com a concepção e projeto político que a educação popular se propõe gestar. Para o CEAP, não se pode confundir disputa de projeto político, como a educação popular a concebe, com disputa partidária ou de forças partidárias.

Apesar dessas e outras dificuldades, é preciso dizer que, na leitura do CEAP, a atuação na luta pelo direito à saúde e pelo controle social do SUS, em Passo Fundo, está tendo resultados importantes. Percebe-se, que a educação popular está contribuindo, através da qualificação técnica e política, para o empoderamento dos sujeitos sociais populares, o que, por sua vez, contribui para a construção de

uma nova cultura política de participação popular e de transparência na administração da *coisa pública*.

O empoderamento acontece na medida em que o indivíduo passa a reconhecer que ele é sujeito de direitos e, mais ainda, quando ele passa, de forma organizada, a exigir e a exercitar os seus direitos. Ou seja, quando ele assume posição de sujeito-cidadão, tanto de forma individual quanto coletiva.

Nesse sentido, percebe-se que em Passo Fundo se está enfrentando a tradicional cultura de que *o povo não sabe de nada sobre saúde*. Já não se aceita mais a idéia de que só os médicos e as autoridades políticas entendem de saúde. Pelo contrário, sabe-se que a concepção e os interesses de muitos profissionais de saúde e políticos que administraram a saúde pública no município até hoje divergem frontalmente com a necessidade e desejo de saúde da população. Também avançou-se numa cultura política capaz de compreender que o atendimento pelo SUS não é um favor que está sendo prestado pelo secretário de saúde ou pelo médico, mas que é um direito de todas as pessoas e um dever dos políticos responsáveis pela gestão pública garantir esse direito.

Assim, a cultura do silêncio e da submissão está sendo enfrentada. É freqüente, em Passo Fundo, representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, como lideranças pastorais ou comunitárias, discutirem e defenderem, com propriedade, os seus interesses perante os técnicos políticos da administração pública. O empoderamento se evidencia quando os representantes dos sujeitos populares discutem seus direitos, sem se sentir desqualificados e sem se intimidar diante de políticos e grupos que atuam, basicamente, em defesa de seus privilégios, muitas vezes com o objetivo de lucrar com o processo saúde-doença da população. Ele também fica visível quando os sujeitos sociais populares de Passo Fundo são convidados, devido às conquistas alcançadas, a socializar sua experiência organizativa e de luta em outros municípios e estados do Brasil.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> O Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais – PÓLIS – pesquisou três experiências exitosas de controle social, uma na região norte do Brasil, outra na região central do país e, ainda, outra na região sul do Brasil, onde escolheu a experiência de controle social em saúde realizada em Passo Fundo. Em função disso, representantes do Fórum Municipal da Luta pela Saúde foram ao Recife e ao Rio de Janeiro socializar o trabalho realizado nessa área em Passo Fundo. Entre outros, a experiência do Fórum da Luta pela Saúde de Passo Fundo também foi socializada numa oficina do Fórum Social Mundial, em janeiro de 2003.

O empoderamento dos sujeitos sociais populares aumenta, cada vez mais, na medida em que se organizam e se articulam, entre si, na defesa de seus interesses. Uma coisa é a ação isolada de um sujeito, outra é a força política da atuação conjunta dos sujeitos sociais populares, pois, assim, terão o apoio da comunidade. É nesse sentido que o Fórum está cumprindo um papel estratégico na luta pelo direito à saúde e no exercício do controle social do SUS em Passo Fundo. Também está sendo um espaço privilegiado para a atuação do CEAP no sentido de preservar a coerência com o princípio da educação popular: a realização do processo formativo articulado com o processo organizativo.

É assim que o CEAP vem contribuindo para o fortalecimento de vários e diversos sujeitos sociais populares que se constituem em interlocutores de seus direitos. O que certamente contribuirá para afirmar uma nova cultura política de participação popular que há de construir, gradativamente, um novo projeto sociopolítico para Passo Fundo. Pois, o CEAP acredita na força da organização popular, na coragem do desejo de justiça e na beleza que se encontra na saúde e na vida digna para todos.

## Referência

BRANDÃO, Carlos. *A educação popular na escola cidadã*. Petrópolis: Vozes, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 1994.

CEAP. *Planejamento anual, anos 1989 a 1991; Plano global, anos 1992-1994, 1995-1997, 1998-2000 e 2001-2003 e Apresentação institucional da entidade no período 2001-2003*.

FANTIN, Maristela. *Educação popular e saúde: conquistas e desafios no contexto brasileiro*. ANPED, 23 Reunião Anual, setembro de 2000 (GT Educação Popular).

FREIRE, Paulo. *À sombra desta mangueira*. São Paulo: Olho D'água, 2001.

\_\_\_\_\_. *Cartas a Cristina: reflexões sobre minha vida e minha práxis*. 2. ed. rev., São Paulo: UNESP, 2003.

\_\_\_\_\_. *Educação como prática da liberdade*. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia do Oprimido*. 35. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. *Fenomenologia do Espírito*. Trad. de Paulo Menezes com a colaboração de Karl-Heing Efken e José Nogueira Machado. 7. ed. rev. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: USF, 2002.

HURTADO, Carlos Nunez. *Educar para transformar; transformar para educar*. Trad. Romualdo Dias. Petrópolis: Vozes, 1993.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã*. Trad. de Luis Cláudio de Castro e Costa. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SOPHIA, Daniela. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. *RADIS*, n. 21, nov./dez. 2001, p. 4- 5.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p. 11-22.

\_\_\_\_\_. Saúde pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. In: *Educação, saúde e cidadania*. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 123-142.

VALLA, Victor Vincent. Apoio Social e Saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). *Educação popular hoje*. São Paulo: Loyola, 1998, p. 151-176.

\_\_\_\_\_. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 39-62.

VASCONCELOS, Eynard Mourão. Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). *Educação popular hoje*. São Paulo: Loyola, 1998, p. 63-93.

\_\_\_\_\_. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 73-99.

O reconhecimento do direito humano à saúde no Brasil é recente e sua efetivação é um processo que está em curso e com muitos desafios por enfrentar. A constituição de 1988 consolida uma luta de décadas travada por um conjunto de movimentos sociais, especificamente pelo movimento da Reforma Sanitarista ao definir que saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Após a constituição, um conjunto de legislações - principalmente as leis 8.080/90 e 8.142/90 - e de normas operacionais estabeleceram a

Henrique Kujawa e Paulo Carbonari (Orgs.)

Alberi Nascimento Grando  
Bernadete Maria Dalmolin  
Jair Andrade  
Lucia Maria Mottin  
Nelci Terezinha Zorzi  
Rejane Roesler Mocinho  
Valdevir Both  
Volmir Brutscher

## Luta pelo direito humano à saúde

experiência de Passo Fundo

base legal de reconhecimento desse direito. Do ponto de vista da operacionalização, o processo de descentralização e municipalização constituíram-se numa marca e num desafio para a efetivação do direito à saúde. Nessa perspectiva os municípios tornaram-se as arenas de grandes batalhas na organização do sistema, no seu financiamento e no exercício da participação da comunidade.



ISBN 85-89769-05-4



9 788589 769051

*méritos*  
editora

Promocão:

Apoio:



Manos Unidas MISEREOR